



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital Beatriz Ângelo

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador Académico:** Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

### Júri:

Presidente

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Vogais

Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

**Ana Sofia Quintãs Seginando**

**2014**

*“Tell me and I forget, teach me and I may remember, involve me and I learn.”*

***Benjamin Franklin***

*“Não há normas. Todos os homens são exceção a uma regra que não existe.”*

***Fernando Pessoa***

*“As pessoas crescidas têm sempre necessidade de explicações... Nunca compreendem nada sozinhas e é fatigante para as crianças estarem sempre a dar explicações.”*

***Antoine de Saint-Exupéry***

## AGRADECIMENTOS

O presente relatório, apesar do seu caráter individual, só foi possível pelo esforço, dedicação e colaboração de várias pessoas, que direta ou indiretamente, ao dispensarem o seu tempo, boa vontade e sabedoria, contribuíram para a sua execução.

*“O pessimista é aquele que transforma as oportunidades em dificuldades.  
O otimista é aquele que transforma as dificuldades em oportunidades.”  
(Harry Truman)*

Esta é uma máxima que norteia a minha vida e que, conseqüentemente, influenciou a minha postura e entrega durante o estágio e a elaboração do reflexo escrito do mesmo. No entanto, todos temos momentos em que fraquejamos, por isso agradeço a todos os que me ajudaram a continuar a ser uma otimista, transformando todas as dificuldades em oportunidades de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

Agradeço às minhas orientadoras, académica e local, respetivamente a Professora Doutora Ana Rodrigues e a Dr<sup>a</sup>. Sofia Gonçalves, por toda a disponibilidade, apoio, ajuda e orientação.

A todos os Profissionais de Saúde do Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital Beatriz Ângelo agradeço a ótima receção e disponibilidade demonstradas, em especial às Dr.<sup>as</sup> Mónica Pinto e Sandra Santos (Pediatras do Neurodesenvolvimento) e às Dr.<sup>as</sup> Ana Pinelas (Terapeuta da Fala) e Luísa Cotrim (Psicóloga Educacional), pela compreensão, disponibilidade e orientação, e por terem sido um modelo profissional e um exemplo que orientará a minha prática profissional futura.

Agradeço ainda aos meus colegas de estágio de Reabilitação Psicomotora, pelas conversas de partilha de opiniões, dúvidas e inseguranças que foram surgindo durante o estágio.

Um agradecimento a todas as crianças que se cruzaram no meu caminho durante este estágio e um agradecimento especial àquelas com quem fiz intervenção. Obrigada pela alegria, pelo sorriso, por me fazerem querer ser sempre melhor a cada sessão, por me proporcionarem uma nova forma de ver o mundo e pela tristeza agriço da despedida. Obrigada ainda aos pais dessas crianças pela simpatia, compreensão e confiança que depositaram em mim, contribuindo para a minha evolução profissional e pessoal.

Finalmente, não poderia deixar de agradecer aos meus pais, por todo o apoio, motivação e paciência, à minha irmã pelo otimismo transmitido e pelos momentos de gargalhada partilhados e à minha avó pelo carinho e por acreditar e incentivar todos os projetos a que me proponho. Obrigada por estarem presentes ao longo de mais esta etapa da minha vida.

Obrigada a todos!

## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do estágio que teve lugar no Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital Beatriz Ângelo e reflete o trabalho desenvolvido ao nível da intervenção psicomotora, essencialmente, com crianças com Dificuldades de Aprendizagem, Mutismo Seletivo e crianças com falta de estimulação, que por isso poderiam beneficiar com a Intervenção Precoce.

Este relatório, para além do enquadramento da prática profissional, que engloba a revisão bibliográfica e a caracterização da instituição de estágio, apresenta um estudo-caso, na área das Dificuldades de Aprendizagem. O estudo-caso contempla as avaliações iniciais e finais, o plano de intervenção psicomotora, o exemplo de um plano de sessão e do relatório da mesma e uma reflexão crítica sobre a intervenção e os resultados obtidos. Neste estudo-caso foram verificadas melhorias nas seguintes áreas de intervenção: autoestima e autoconfiança, gestão do comportamento, funções executivas, linguagem oral, consciência fonológica, leitura e escrita.

No final do período de estágio foi possível alcançar os objetivos propostos no início do estágio, valorizando-se todos os desafios e aprendizagens.

**Palavras-chave:** Centro de Neurodesenvolvimento; Dificuldades de Aprendizagem; Estudo-caso; Intervenção Precoce; Intervenção Psicomotora; Mutismo Seletivo; Plano de Intervenção Psicomotora

## ABSTRACT

This report presents the internship developed at the Neurodevelopment Center and reflects the work done mainly with children that suffer from Learning Disabilities, Selective Mutism and children with lack of stimulation, that can benefit from Early Intervention.

This report, beyond theory and an institution characterization, presents one case-study in the area of learning disabilities. The case-study includes the initial and final evaluations, the psychomotor intervention plan, an example of a session plan and its respective report and a critical reflection on the intervention period and the results obtained. In this case-study, improvements were noticed in the following areas: self-esteem and self-confidence, behavior management, executive functions, oral language, phonological awareness, reading and writing.

At the end of training period it was possible to achieve the objectives proposed in the early stage, valuing all challenges and learning.

**Key-words:** Case-study; Early Intervention; Learning Disabilities; Neurodevelopment Center; Psychomotor Intervention Plan; Psychomotor Therapy; Selective Mutism

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO/ABSTRACT.....	ii
ÍNDICE GERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABELAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	v
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vi
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	2
1. Psicomotricidade (PM).....	2
1.1 . Psicomotricidade relacional e instrumental.....	3
1.2. Intervenção Psicomotora.....	5
1.3. O papel do psicomotricista.....	6
1.4. A sessão de Psicomotricidade.....	6
2. Dificuldades de Aprendizagem (DA).....	7
2.1. Etiologia.....	9
2.2. Critérios de diagnóstico das DA Específicas (DAE).....	9
2.3. Características nas DAE.....	10
2.4. Dificuldades de Aprendizagem Específicas.....	11
2.5. Abordagens de intervenção nas DAE.....	15
2.6. Intervenção psicomotora nas DA.....	16
3. Mutismo Seletivo (MS).....	18
3.1. Critérios de diagnóstico.....	19
3.2. Etiologia.....	20
3.3. Prevalência.....	21
3.4. Comorbilidades.....	22
3.5. Prognóstico.....	22
3.6. Abordagens de intervenção.....	23

3.7. Intervenção Psicomotora no MS.....	24
4. Intervenção Precoce (IP).....	25
4.1. Enquadramento Legal.....	27
4.2. Objetivos da IP.....	28
4.3. Importância da IP.....	29
4.4. Prática em IP.....	29
4.5. Intervenção Psicomotora e IP.....	31
5. Enquadramento institucional – Centro de Neurodesenvolvimento (CND).....	31
5.1. População e serviços.....	32
5.2. Equipa técnica.....	33
5.3. Funcionamento, instalações e acessibilidade.....	34
5.4. Articulação do CND com a família e a comunidade.....	35
5.5. Intervenção Psicomotora no CND.....	36
III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	37
1. Calendarização do estágio.....	37
2. População apoiada.....	38
2.1. Crianças acompanhadas.....	38
3. Objectivos e Atividades de estágio.....	40
3.1. Intervenção Psicomotora.....	40
3.2. Relação com outros profissionais, família e escola.....	42
4. Planeamento da intervenção.....	43
4.1. Contextos de intervenção.....	43
4.2. Avaliação.....	44
4.2.1. Modelos e Instrumentos de avaliação utilizados.....	45
4.2.1.1. Observação informal .....	45
4.2.1.2. Entrevista.....	45
4.2.1.3. Escala de Desenvolvimento Mental de <i>Griffiths</i> .....	46
4.2.1.4. Avaliação Psicopedagógica.....	46
5. Processo de Intervenção – Estudo de Caso.....	47
5.1. Dados da anamnese.....	47

5.2. Instrumentos e condições de avaliação.....	49
5.3. Resultados da avaliação inicial.....	49
5.4. Planeamento da intervenção.....	52
5.4.1. Plano de intervenção.....	52
5.4.2. Intervenção e Estratégias de intervenção.....	57
5.4.3. Exemplo de planeamento de sessão.....	58
5.4.4. Exemplo de relatório de sessão.....	60
5.5. Resultados da intervenção.....	61
5.5.1. Recomendações para a continuidade da intervenção.....	62
6. Dificuldades e Limitações.....	62
7. Atividades complementares de Formação.....	63
7.1. Conferências e Formações.....	63
7.2. Atividades no local de Estágio.....	64
7.3. Reuniões de Apoio ao Estágio.....	65
IV. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Horário de Estágio.....	37
Tabela 2 – Crianças Acompanhadas.....	38
Tabela 3 – Avaliação prévia das Crianças Acompanhadas.....	41
Tabela 4 – Resultados obtidos na Escala de Desenvolvimento de <i>Griffiths</i> .....	51
Tabela 5 – Estratégias de intervenção.....	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital Beatriz Ângelo.....	32
Figura 2 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 0 – 2 anos.....	46
Figura 3 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 2 – 8 anos.....	46
Figura 4 – Perfil de Desenvolvimento de acordo com a Idade Mental de cada subescala.....	51

## ÍNDICE DE ANEXOS

### Anexos

Anexo A – Relatórios de Avaliação das Crianças Acompanhadas

Anexo B – Relatórios Finais de Intervenção das Crianças Acompanhadas

Anexo C – Planeamentos de Sessão

Anexo D – Relatórios de Sessão

Anexo E – Materiais elaborados para as sessões

## LISTA DE ABREVIATURAS

**APA** – American Psychiatric Association

**APP** – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

**BAPAE** – Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar

**CARS** – Childhood Autism Rating Scale

**CAS** – Cognitive Assessment System

**CC** – Condicionamento Clássico

**CERCI** – Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades

**CND** – Centro de Neurodesenvolvimento

**CO** – Condicionamento Operante

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**DA** – Dificuldades de Aprendizagem

**DAE** – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

**DAEE** – Dificuldade de Aprendizagem Específica da Escrita

**DAEL** – Dificuldade de Aprendizagem Específica da Leitura

**DAEM** – Dificuldade de Aprendizagem Específica da Matemática

**DID** – Dificuldades de Intelectuais e Desenvolvementais

**DRELVT** – Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo

**EAES** – Equipas de Apoio às Escolas

**EBR** – Entrevista Baseada nas Rotinas

**EER** – Educação Especial e Reabilitação



**ELIs** – Equipas Locais de Intervenção Precoce  
**HBA** – Hospital Beatriz Ângelo  
**IDA** – International Dyslexia Association  
**IP** – Intervenção Precoce  
**ME** – Mutismo Eletivo  
**MS** – Mutismo Seletivo  
**NEE** – Necessidades Educativas Especiais  
**NICHD** – National Institute of Child Health and Human Development  
**NIMH** – National Institute of Mental Health  
**NJCLD** – National Joint Committee on Learning Disabilities  
**PC** – Psicóloga Clínica  
**PE** – Psicóloga Educacional  
**PEA** – Perturbações do Espectro do Autismo  
**PEI** – Programa Educativo Individual  
**PELs** – Perturbações Específicas da Linguagem  
**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção  
**PIAF** – Plano Individualizado de Apoio à Família  
**PIIP** – Plano Individual de Intervenção Precoce  
**PM** – Psicomotricidade  
**PND** – Pediatras do Neurodesenvolvimento  
**Q.I.** – Quociente Intelectual  
**RTI** – Responsiveness to Intervention  
**SA** – Síndrome de Asperger  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**SNIPI** – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância  
**TALC** – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança  
**TF** – Terapeuta da Fala  
**TSEER** – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação  
**WHO** – World Health Organization  
**WISC** – Wechsler Intelligence Scale for Children

## I. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio representa a concretização do Estágio Profissionalizante do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa, durante o ano letivo 2012/2013. O Estágio Profissionalizante realizou-se no Centro de Neurodesenvolvimento (CND) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), entre outubro de 2012 e junho de 2013, e durante o seu curso a estagiária foi integrada na equipa do centro, com o intuito de observar as consultas de atendimento das Pediatras do Neurodesenvolvimento (PDN), da Terapeuta da Fala (TF), da Psicóloga Educacional (PE) e, em especial, da sua orientadora local, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER). No CND foi possível conhecer e utilizar diversos instrumentos de avaliação, maioritariamente ao nível das Dificuldades de Aprendizagem, e ainda desenvolver e implementar programas específicos de intervenção nesta área e na área do Mutismo Seletivo e da Intervenção Precoce. Durante o estágio houve ainda a possibilidade de participar na elaboração de decorações natalícias, de assistir a conferências e reuniões, tanto de equipa como da TSEER, para esclarecer dúvidas relativas aos instrumentos de avaliação, e de participar na tradução e elaboração de material escrito.

O Estágio Profissionalizante apresenta como objectivos gerais:

1. Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
2. Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;
3. Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspectivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Brandão, Martins & Simões, 2012).

O Relatório de Estágio Profissionalizante será organizado em duas partes, nomeadamente, o enquadramento da prática profissional e a realização da prática profissional.

Na primeira parte procede-se à sistematização da informação recolhida e analisada durante o processo de revisão bibliográfica sobre a Psicomotricidade (PM), as Dificuldades de Aprendizagem (DA), o Mutismo Seletivo (MS), a Intervenção Precoce (IP) e a Intervenção Psicomotora nas problemáticas referidas. Ainda nesta primeira parte é apresentado o enquadramento institucional, com a caracterização da instituição.

Na segunda parte é apresentada a informação relativa à organização temporal, objetivos e atividades de estágio, bem como as questões relativas à avaliação e intervenção. Esta secção é ainda reservada à apresentação da população apoiada, com especial incidência no estudo de caso, e às atividades complementares realizadas ao longo do estágio.

Em suma, este relatório visa expor da forma mais minuciosa e estruturada possível o trabalho desenvolvido, tanto no que diz respeito ao enquadramento da prática profissional, como à prática profissional propriamente dita.

## II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

*Neste capítulo é feita uma revisão literária relativa aos domínios relevantes no âmbito do presente estágio. Inicia-se assim por desenvolver conceitos e temas teóricos importantes, nomeadamente o conceito de Psicomotricidade e outros temas a ter em consideração numa intervenção psicomotora. Em seguida, é apresentada uma componente descritiva das problemáticas com que a estagiária teve contacto durante o período de estágio, havendo um enfoque no que respeita à intervenção psicomotora nas mesmas. Numa fase final deste capítulo é realizado o enquadramento institucional do local de estágio.*

### 1. Psicomotricidade (PM)

A evolução e origem do conceito de psicomotricidade (PM) baseou-se no desenvolvimento do estudo do corpo (Fonseca, 1996), sendo a relação deste com a mente enfoque por parte de vários autores, como Charcot e Tissé (Fonseca, 2001).

O termo “psicomotricidade” surgiu por intermédio de um neuropediatra francês, Dupré, em 1909, através de estudos realizados com crianças débeis mentais (como eram denominadas na época) sobre a fragilidade motora, considerando-as como um todo, tanto no aspeto motor como no aspeto cognitivo e afetivo (Fonseca, 2007). Este termo foi reatualizado, em 1947, por Ajuriaguerra, que associou ao termo “psicomotricidade” o conceito de ato motor e reeducação (Defontaine, 1976).

Vários foram os autores que contribuíram para o desenvolvimento da PM, enquanto disciplina científica. No que diz respeito a este campo, Henri Wallon foi o grande pioneiro da PM, ao desenvolver obras na área do desenvolvimento psicológico da criança e ao iniciar os primeiros estudos de reeducação psicomotora, que impulsionam Guilman a continuar esse trabalho, desenvolvendo uma Sistemática da PM (Fonseca, 2001 & 2007). Wallon vincou a importância da motricidade para a emergência da consciência, considerando o movimento motor como construtor do psiquismo. A associação entre as emoções e a motricidade provém deste autor, que desenvolveu o conceito de relação tónico-emocional (Fonseca, 2005 & 2006). Para Wallon, a função tónica e a emoção constituem os processos básicos da intervenção psicomotora (Fonseca, 2007).

Os estudos de Wallon continuaram a influenciar a investigação em vários campos de formação (psiquiátrica, psicológica, pedagógica), tornando-se este autor o principal responsável pelo movimento da reeducação psicomotora, que continuou a ser conduzido, posteriormente, por Ajuriaguerra e Soubiran (Fonseca, 2001 & 2007).

Ajuriaguerra, estudioso da neuropsiquiatria infantil, contribuiu para os avanços no estudo da relação entre a psicomotricidade, a inteligência, a afetividade e a sociabilidade, com os estudos sobre as síndromes psicomotoras (Fonseca, 2007). Este autor enfatizou o papel da noção do corpo para o desenvolvimento do indivíduo, solidificando a ligação entre a consciência corporal e o cérebro, e as consequências de uma desintegração corporal. Estas conclusões de Ajuriaguerra, apoiadas em estudos neurológicos, reforçaram o papel da PM enquanto entidade científica, ao definirem uma localização funcional para as síndromes assomatognósias ao nível do lobo parietal. Ajuriaguerra desenvolveu e trabalhou ainda o conceito de diálogo tónico-emocional, reforçando o papel da relação precoce mãe-bebê para o desenvolvimento psicoafetivo da criança (Fonseca, 2005). Ajuriaguerra publicou trabalhos sobre o tónus e desenvolveu métodos de relaxação, consolidando os princípios e as bases da PM (Fonseca, 2007).

Wallon e Ajuriaguerra salientam a importância de uma teoria psicológica que relacione o desenvolvimento da criança, o seu comportamento e a maturação do sistema nervoso,

pois consideram que só assim é possível estabelecer estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às necessidades específicas (Fonseca, 2007).

Na área da educação, várias investigações de Picq e Vayer, Le Boulch, Lapierre e Aucouturier, Defontaine, entre outros, são influenciadas por Wallon, sendo os seus conceitos revistos e influenciando a formação de terapeutas (Fonseca, 2007).

Nos anos 60, é criado, em 1961, o primeiro Centro de Formação Superior em Psicomotricidade, no Hospital de Henri Rousselle, com o certificado de Reeducador da Psicomotricidade (Fonseca, 2001), e em 1968 é criada a Sociedade Francesa de Educação e Reeducação Psicomotora, por Vayer, Lapierre e Aucouturier (Fonseca, 2007). É também neste período que Wallon cria a revista psicológica “Enfance” (Fonseca, 2007).

Em Portugal, é por intermédio de João dos Santos que se inicia o desenvolvimento da PM, tendo este autor salientado dois aspetos no conceito de PM, o que lhe conferiu uma nova perspetiva de intervenção. João dos Santos salientou, por um lado, o carácter pluridisciplinar da PM, apontando a expressão motora como ponto de partida para o desenvolvimento emocional, psíquico, mental e espiritual, e, por outro lado, destacou a importância de articular o trabalho terapêutico com a Escola, já que é este o local onde toda a expressão motora tem efeito e é colocada à prova (Santos, s.d., *cit. in* Branco, 2010). Vítor da Fonseca deu também um importante contributo para o desenvolvimento da PM em Portugal, focando a sua investigação sobretudo no âmbito da intervenção psicomotora nas DA (Fonseca, 2006).

Para concluir, é importante definir o conceito de PM, o qual agrega na sua base metodológica os contributos conferidos pelos autores supracitados.

A PM pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005), ou seja, é uma forma holística de entender o Homem, como resultado da união entre o corpo e a mente, cognição, emoção, simbolismo e motricidade, na forma de ser e de agir num contexto biopsicossocial (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012).

Segundo Fonseca (2007, p. 16), a PM é vista como “a integração superior da motricidade, produto de uma relação inteligível entre a criança e o meio, e instrumento privilegiado através do qual a consciência se forma e materializa”. A criança, como corpo, só se organiza na medida em que se move, sendo a PM complementarmente um meio e um fim (Onofre, 2004). Para Martins (2001), a PM é uma reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o reeducador ou terapeuta estuda e compensa as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, geralmente associadas a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafetivo.

De acordo com Fonseca (2004), a PM apresenta uma vertente multidisciplinar, uma vez que vai buscar fundamentos a vários domínios do conhecimento (e.g., psicologia e antropologia), multiexperiencial, no sentido em que se preocupa em perceber todos os processos na qual se manifesta, em todas as etapas da vida e em indivíduos com e sem dificuldades, e contextual, dado que pode ser aplicada nos diferentes domínios de vida do indivíduo (e.g. família, escola e meio aquático).

### **1.1. Psicomotricidade relacional e instrumental**

A intervenção psicomotora é indicada para indivíduos com problemáticas ao nível da incidência corporal, afetiva e cognitiva, e que podem evoluir mais facilmente através do

agir, da experimentação e do investimento corporal. Esta intervenção pode desenvolver-se em contextos diferenciados e variar consoante a história pessoal do indivíduo, a origem e as características das suas dificuldades, as características do meio institucional onde a intervenção é realizada e até de acordo com a personalidade e formação profissional do psicomotricista. Em função destes critérios, o enfoque da intervenção psicomotora pode ter um caráter mais clínico e terapêutico, e incidir sobre a valorização da componente relacional e psicoafetiva, ou centrar-se mais na componente instrumental da atividade, tendo um cariz reeducativo. Contudo, a divisão da PM em relacional e instrumental serve apenas para indicar a predominância do tipo de intervenção, já que numa intervenção psicomotora estas duas componentes são inseparáveis, estando ambas presentes durante todo o trabalho desenvolvido com o indivíduo (Martins, 2001).

#### ▪ **Psicomotricidade relacional**

A PM com uma componente psicoafetiva e relacional surgiu com base nas teorias psicodinâmicas, que privilegiam a relação mãe-bebê (Martins, 2001). Gatecel (2010) considera que na PM relacional se trabalha sobre a relação e não com a relação. Nesta interação, promove-se o reviver da relação mãe-bebê através da ação criança-psicomotricista, procurando estabelecer-se uma sintonia afetiva que acione sentimentos de excitação e atenção e torne a criança predisposta para a relação e interação com o outro. Este jogo afetivo, do toque, do contacto, do sorriso, da voz, das mímicas entre “mãe e criança” é promotor do desenvolvimento cognitivo e emocional no bebê (Sami-Ali, 2011), e justifica a pertinência da relação que se estabelece na intervenção psicomotora mais centrada na componente relacional.

Este tipo de intervenção, ligada aos fatores psicoafetivos relacionais, permite ao indivíduo a expressão e superação de conflitos relacionais e interfere de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socio-emocional (Vieira, 2009). Deste modo, a intervenção tem que ser um espaço de prazer e de desejo, onde o indivíduo possa explorar livremente os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, consigo próprio ou em relação ao outro (Donnet, 1993 *cit. in* Martins 2001).

Nesta intervenção de incidência mais relacional, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas e a comunicação não verbal, onde o corpo em movimento induz situações que desencadeiam sentimentos inconscientemente para, posteriormente, se traduzirem em emoções e chegarem ao consciente (Vieira, 2009).

#### ▪ **Psicomotricidade instrumental**

A PM instrumental é uma intervenção de tipo cognitivo e neuropsicológico, que necessita de uma maior capacidade de atenção para discriminar os estímulos (Martins, 2001).

Esta intervenção, de incidência mais instrumental, é direcionada para a resolução de situações-problema, devendo estas ser apresentadas de modo a propiciar o sucesso e, consequentemente, aumentar a autoestima e autoconfiança da criança. Neste tipo de intervenção existe uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, valorizando-se mais a intencionalidade, a consciencialização da ação e a exploração de todas as formas possíveis de expressão – motora, gráfica, verbal, sonora, plástica... (Martins, 2001 & 2005).

Na PM instrumental, a comunicação verbal é fundamental antes de se resolver o problema e posteriormente, na sua avaliação. Deste modo, a criança retém melhor os passos a realizar e as diferenças e semelhanças entre o que pretendia fazer e o que realmente fez (Martins, 2001).

Apesar do objetivo da PM instrumental ser o desenvolvimento global do indivíduo, há um maior ênfase em aspetos motores e cognitivos (Aragón, 2007).

## 1.2. Intervenção Psicomotora

A prática psicomotora é unificadora, trabalhando a relação contínua entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, e promovendo assim o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, a sua adaptabilidade ao meio envolvente. Esta prática tem como objetivo contribuir para a superação de problemas de maturação, desenvolvimento, comportamento e aprendizagem, servindo-se para isso de uma intervenção por mediação corporal (Martins, 2001). Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2010), a PM, enquanto modalidade de intervenção terapêutica, procura através do gesto e da mediação corporal organizar a expressão motora inadequada.

Quanto aos instrumentos de trabalho na intervenção psicomotora, Martins (2001) refere que estes são o próprio corpo, os espaços físicos e de relação, o tempo e ritmo das sessões e os objetos disponíveis.

A prática psicomotora tem como objetivo primordial a realização do indivíduo enquanto pessoa, tendo em conta as suas capacidades motoras, cognitivas e emocionais, as quais interagem e se expressam no corpo. Esta prática pode focar-se: na regulação e harmonização tónica (modo do indivíduo estar no corpo), nos movimentos fundamentais e expressivos (modo do indivíduo agir com o corpo) e nas vivências da relação tónico-emocional com o psicomotricista (Martins, 2001).

Fonseca (2004 & 2005) considera que a intervenção psicomotora tem como objetivo <sup>(1)</sup>o desenvolvimento dos fatores psicomotores, de modo a que o indivíduo conheça e viva melhor com o seu corpo, permitindo assim uma relação e organização mais eficaz no espaço, no tempo e com o envolvimento físico, <sup>(2)</sup>o desenvolvimento de competências sociais e relacionais mais eficazes e <sup>(3)</sup>a otimização do potencial de adaptação e aprendizagem, de modo a aceder eficazmente a todos os contextos de vida, considerando sempre os ecossistemas em que se insere. Para que estes objetivos sejam atingidos, o psicomotricista tem que intervir ao nível dos aspetos emocionais, afetivos e cognitivos do indivíduo, atribuindo significado às atividades desenvolvidas, envolvendo-se na relação com o outro e conferindo ao indivíduo uma sensação de prazer, segurança e autonomia (Fonseca, 2001).

A intervenção em PM pode desenvolver-se em diferentes contextos, nomeadamente, contexto hospitalar, escolar, institucional e familiar, e assume três vertentes (APP, 2010):

- Preventiva ou educativa – quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, bem como melhorar as competências de autonomia;
- Reeducativa – quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida;
- Terapêutica – quando é necessário ultrapassar problemas psicoafetivos que comprometem a adaptabilidade do indivíduo.

Martins (2001, p. 39) considera que a relação terapêutica se contrói quando o psicomotricista é aceite e desejado pelo utente e sublinha que “O sucesso da intervenção depende em grande escala dos processos de identificação entre o técnico e o sujeito”. A gestão da aprendizagem implica assim o compromisso mútuo entre o técnico e o utente (Onofre, 2004).

### 1.3. O papel do Psicomotricista

Ao psicomotricista cabe mediatizar a relação da criança com o ambiente e, neste papel de mediatizador, a sua função não se limita a criar tarefas e a controlar a execução motora, mas também a interagir intencionalmente com a criança, a suscitar estratégias intencionais que despertem a sua criatividade, organização e planeamento da expressão motora, bem como a proporcionar segurança afetiva e autoconfiança à criança (Fonseca, 2005 & 2006).

O psicomotricista deve induzir a criança para a resposta mais adequada, e cada vez mais adaptativa e complexa (Costa, 2008), não lhe competindo, no entanto, avaliar as manifestações da criança com critérios de rendimento, aceitando todas elas como válidas (Martins, 2001). O psicomotricista deve ainda ser capaz de escutar ativamente a criança, ajudando-a a lidar com as suas dificuldades e frustrações, e a elaborar e organizar formas mais ajustadas de conduta (Costa, 2008).

A atitude do psicomotricista é essencial para que se estabeleça um ambiente securizante, de cooperação, envolvimento e partilha entre o técnico e o utente (Costa, 2008). O corpo e a personalidade do psicomotricista são o seu principal instrumento de trabalho durante a intervenção, sendo a sua disponibilidade afetiva e relacional, a capacidade de escuta e o sentido empático fatores que condicionam o estabelecimento de uma relação terapêutica securizante (Fonseca, 2005 & 2006).

João dos Santos (1989, *cit. in* Branco, 2010) afirma que a prática psicomotora só surtirá efeitos terapêuticos se o técnico conseguir criar entre si e o indivíduo um clima de empatia, compreensão e respeito mútuo. Há assim um conjunto de características essenciais à intervenção em PM e das quais o psicomotricista deve ser portador: empatia (adotando uma postura de compreensão mútua), simpatia (promovendo a afinidade e partilha de afetos/sentimentos), neutralidade moral (não produzindo juízos de valor, nem julgando), responsividade (dando a resposta adequada ao momento vivido), sintonia afetiva (para uma melhor regulação das emoções) e uma atitude heurística (favorecendo a criatividade do indivíduo) (Costa, 2008).

Segundo Martins (2001), o psicomotricista deve estar ativamente envolvido no processo terapêutico, interrogando-se e refletindo sobre as suas atitudes, procurando aumentar o seu campo de compreensão e modificando atitudes na relação consigo e com os outros, na procura de estratégias e formas de atuar que favoreçam o desenvolvimento do utente.

### 1.4. A sessão de Psicomotricidade

O modelo de uma sessão de PM varia, entre outros fatores, do contexto de intervenção, do local em que é realizada, da problemática da população-alvo e da formação e personalidade do psicomotricista. No entanto, toda a sessão de PM se deve centrar nos interesses do indivíduo, em cogerção e cooperação com o técnico, que tem a função de regular a exploração do espaço e dos materiais e de estimular a curiosidade e criatividade do utente (Costa, 2008). As sessões de PM têm, habitualmente, a duração de 45 minutos, não sendo este valor estanque e podendo variar de acordo com a motivação e o envolvimento da criança (Costa, 2008).

Apesar das variações supracitadas, pode definir-se um modelo global que é usualmente usado no âmbito da intervenção psicomotora. Este modelo é composto por três momentos:

- Diálogo inicial – primeiro momento da sessão em que o utente expressa algo significativo para si, em que se debatem ideias e sugestões e em que se estabelece o

plano de sessão (Costa, 2011). O plano de sessão consiste na sistematização das atividades a realizar durante a sessão e da duração das mesmas. Este plano pode variar com o decorrer da sessão mas cabe ao psicomotricista o papel de questionar o utente e de o fazer refletir sobre a sua intenção (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001);

- Fase de Desenvolvimento – segundo momento em que se desenvolvem atividades simbólicas, motoras e de construção (Costa, 2011);
- Diálogo final – terceiro e último momento que consiste no retorno à calma e em que se reflete sobre os momentos da sessão e, eventualmente, se planeia as sessões seguintes. (Costa, 2011). O momento de retorno à calma ou relaxação deve ser introduzido em todas as sessões de PM, uma vez que a relaxação favorece a pacificação de tensões, ajuda a vivência tónico-emocional e a reelaboração do esquema e imagem corporal (Martins & Rosa, 2005).

A sessão de PM deve estar de acordo com o envolvimento do utente, a sua disponibilidade afetiva-emocional e os seus interesses e motivações. No entanto, cabe ao psicomotricista definir limites, aferir as capacidades do utente e conduzir a sessão no sentido da promoção do desenvolvimento adaptativo do mesmo. O psicomotricista, tendo em conta os objetivos e características do utente, pode optar por uma sessão mais livre e espontânea, privilegiando o diálogo tónico-emocional e relacional, ou por uma sessão mais estruturada, com fases definidas e atividades planeadas, ou ainda um misto de ambas (Gonçalves, 2012).

## **2. Dificuldades de Aprendizagem (DA)**

O termo “Dificuldades de Aprendizagem” é sinonímico e polissémico, ou seja, por um lado, este termo é inadequadamente utilizado para designar diferentes populações e, por outro, verifica-se a existência de diferentes terminologias para denominar um mesmo grupo de pessoas (Loução, 2006). Loução (2006) afirma que é evidente a ausência de acordo entre profissionais na tarefa, aparentemente simples, de atribuir um nome ao grupo de crianças que manifestam determinadas dificuldades nas suas aprendizagens. Correia (2008) e Correia & Loução (1999) também consideram que, em Portugal, o termo DA tem sido utilizado com diferentes significados. Segundo estes autores, o termo DA tem sido utilizado em dois sentidos: um sentido mais lato, em que DA pode ser sinónimo de insucesso escolar ou até Necessidades Educativas Especiais (NEE), e um sentido mais restrito, que se refere a um conjunto de incapacidades ou impedimentos específicos para aprendizagens, como as académicas (Correia, 2008; Correia & Loução, 1999).

Para tentar contornar o problema da terminologia, ao longo desta exposição relativa às DA serão usados, como sugerido por Correia (2008), dois termos. O termo Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE) será usado para designar os problemas de aprendizagem ditos primários ou específicos, uma vez que não estão ligados a nenhuma condição bem determinada de deficiência, e o termo DA será usado para indicar que existe qualquer diferença no que se refere ao rendimento académico dos indivíduos, independentemente desta ter origem em fatores intrínsecos ou extrínsecos, afetivos ou cognitivos, educacionais ou neurológicos.

O conceito de DA surgiu face à necessidade de compreender a razão do insucesso escolar, sobretudo nas áreas académicas (Correia, 2004).

A primeira proposta de definição de DAE surgiu em 1962, através de Samuel Kirk, no seu livro intitulado “*Educação da Criança Excepcional*” (Correia, 2007). Segundo esta



definição, as DAE centram-se nas dificuldades nos processos implicados na linguagem e no rendimento académico, independentemente da idade dos indivíduos, e a sua causa seria uma disfunção cerebral ou uma alteração emocional ou comportamental (Cruz, 2009). Desde esta primeira definição que surgiram muitas outras, na tentativa de tornar este termo o mais funcional possível. Uma das definições mais atuais e com mais aceitação internacional e viabilidade profissional é a proposta pela *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD), em 1994: “Dificuldades de aprendizagem é um termo genérico que diz respeito a um grupo heterógeneo de desordens, manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso das capacidades de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou matemáticas. Estas desordens, presumivelmente devidas a uma disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC), são intrínsecas ao indivíduo, e podem ocorrer durante toda a sua vida. Problemas nos comportamentos auto-reguladores, na perceção social e nas interações sociais podem coexistir com as dificuldades de aprendizagem, mas não constituem por si só uma dificuldade de aprendizagem. Embora as dificuldades de aprendizagem possam ocorrer concomitantemente com outras condições de incapacidade (e.g. privação sensorial, deficiência mental, perturbação emocional grave) ou com influências extrínsecas (como diferenças culturais, ensino insuficiente ou inadequado), elas não são devidas a tais condições ou influências” (Correia, 2004, p. 372).

Em Portugal, Correia (2008) propõe que “as dificuldades de aprendizagem específicas dizem respeito à forma como um indivíduo processo a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime –, tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim, manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que implicam problemas de memória, percetivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos. Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de ocorrerem em concomitância com elas, podem ainda alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente” (Correia, 2008, pp. 46-47).

Em 2004, Correia categorizou as DAE em:

- Auditivo-linguística – problema de perceção e compreensão do que é ouvido;
- Visuo-espacial – problemas de figura-fundo e nas relações espaciais;
- Motora – problemas de coordenação global, fina, ou em ambas;
- Organizacional – dificuldades na identificação do princípio, meio e fim da tarefa e em resumir e organizar informação;
- Académica – problemas na área da matemática, leitura e/ou escrita;
- Sócio-emocional – dificuldades no cumprimento de regras sociais e na interpretação de expressões faciais.

Segundo Integra (2009), as DA podem afetar os indivíduos de diversas formas, tanto na vida diária, como na vida académica e social, uma vez que estas podem interferir nas áreas da leitura, escrita e matemática, assim como no seguimento de instruções, nas competências de organização e na capacidade em interpretar expressões faciais e linguagem corporal.

Quanto à prevalência das DAE, Correia (1999, cit. in Ribeiro, 2010) referiu que são a NEE mais prevalente (48%) e que representam 3% a 15% da população escolar (Ribeiro, 2010).

## 2.1. Etiologia

As DAE representam a condição problemática mais frequente nas idades escolares, no entanto, conhece-se relativamente pouco sobre a sua etiologia (Cruz, 2009), entre outros fatores justificativos está o facto de existir uma ampla discordância entre os autores quanto à etiologia, defendendo cada um a sua perspetiva (Correia, 1997), e a complexidade que a aprendizagem escolar encerra, já que não sendo unitária implica a conjugação de um grande número de fatores na sua aquisição e domínio (Casas, 1994).

Existem diferentes modelos teóricos que, historicamente, ofereceram explicações sobre as causas das DAE. Segundo Martín (1994, *cit. in* Cruz, 2009), os três tipos de teorias mais explicativos, representativos e mais universalmente aceites são:

- Teorias baseadas num enfoque neurofisiológico – Surgiram com base nos trabalhos de Orton e refletem a tentativa de encontrar uma relação entre os diversos problemas ou DAE e disfunções ou lesões do SNC. Esta perspetiva entende o comportamento humano em função do funcionamento neurobiológico e cerebral do indivíduo;
- Teorias percetivo-motoras – Baseiam-se no pressuposto de que o desenvolvimento motor e percetivo antecede, e é um pré-requisito, para o desenvolvimento conceptual e percetivo. Estas teorias refletem o esforço para relacionar as DAE com uma série de deficiências de tipo motor e percetivo que existem nos indivíduos;
- Teorias psicolinguísticas e cognitivas – entendem as DAE como resultado de deficiências nas funções de processamento psicológico, ou seja, como resultado de insuficiências nos processos pelos quais a informação sensorial é codificada, armazenada, elaborada e recuperada (Martín, 1994, *cit. in* Cruz, 2009).

Tendo por base as teorias psicolinguísticas e cognitivas, Martín (1994, *cit. in* Cruz, 2009) enumerou três causas para as DAE: <sup>(1)</sup>falhas na receção da informação adequada, <sup>(2)</sup>falhas na produção adequada de informação e <sup>(3)</sup>conteúdos irrelevantes existentes na informação a apreender, que desordenam a informação, impedindo o indivíduo de efetuar uma codificação adequada da mesma.

Relativamente à etiologia das DA, a conceção dominante é de que esta é multifatorial, ou seja, não existe apenas uma etiologia concreta que as justifique, uma vez que estas são muito heterógeneas, na sua etiologia, apresentação clínica e desenvolvimento (Kirk *et al.*, 2005, *cit. in* Cruz, 2009).

Apesar de não existir consenso no que se refere à etiologia das DA os fatores sugeridos de entre as diferentes propostas são três: <sup>(1)</sup>fatores fisiológicos (disfunção neurológica ou lesão cerebral, determinantes genéticas ou hereditárias, fatores bioquímicos e endócrinos), <sup>(2)</sup>fatores socioculturais (má nutrição, privação de experiências precoces, códigos linguísticos familiares restritos e valores e estratégias educativas inadequadas) e <sup>(3)</sup>fatores institucionais (deficiências nas condições materiais em que decorre o processo de ensino/aprendizagem e inadequado planeamento do sistema educativo) (Cruz, 2009).

## 2.2. Critérios de diagnóstico das DAE

O termo diagnóstico deriva da palavra grega *diagnosis* e significa “conhecer algo”. Assim, o diagnóstico nas DAE tem como objetivo descrever e explicar/compreender os fenómenos envolvidos, com vista a uma posterior intervenção (Rebelo, 1993).

As DAE interferem com as habilidades académicas de leitura, escrita ou matemática ou com processos cognitivos concretos (critério de especificidade) mas não com a capacidade intelectual global (Citoler, 1996, *cit. in* Cruz, 2009). Estas DAE não são

causadas por outras problemáticas (critério de exclusão), como deficiência visual e auditiva (Kirk *et al.*, 1993, *cit. in* Cruz, 2009), o que não significa que não possam existir comorbilidades (Correia, 2007).

Por fim, o critério de diagnóstico mais utilizado no campo das DAE (Cruz, 2009), caracteriza-as por uma falta de concordância entre o resultado real de uma aprendizagem e o esperado, em função das habilidades cognitivas ou intelectuais do indivíduo (critério de discrepância) (Citoler, 1996, *cit. in* Cruz, 2009).

Correia & Loução (1999) referem que é necessário que o aluno tenha um funcionamento intelectual na média ou acima dela, uma discrepância significativa entre o potencial estimado e a sua realização e que as dificuldades se dêem numa ou mais das seguintes áreas académicas: fala, leitura, escrita, matemática e raciocínio. Correia (2007) refere que, para além destes fatores, parece existir por parte do indivíduo com DAE dificuldade no comportamento socioemocional (inadequada forma de perceber situações sociais, interagir com os outros e perspetivar atitudes) e que a condição destes indivíduos é de caráter vitalício.

Caso existam dificuldades em perceber se o indivíduo se debate com o insucesso escolar devido a uma instrução inadequada ou a uma perturbação da aprendizagem o programa RTI – Responsiveness to Intervention – sugere que se avalie se com condições de instrução adequadas, fornecidas por um curto tempo de intervenção, a aprendizagem permanece abaixo do esperado (Fuchs D., Fuchs S. & Compto, 2004).

### 2.3. Características nas DAE

As pessoas com DAE, apesar de constituírem um grupo de difícil definição, caracterizam-se, como já foi referido, por uma discrepância acentuada entre o potencial estimado do indivíduo e a sua realização escolar numa ou mais áreas académicas, pela ausência de problemas sensoriais e de perturbações emocionais severas ou de disfunções motoras e pela manifestação de problemas processológicos que derivam de problemas relacionados com a receção (*input*), organização ou integração (processamento) e expressão (*output*) de informação e que se refletem numa DAE nos processos simbólicos – fala, leitura, escrita e matemática (Fonseca, 1999, *cit. in* Cruz, 2009).

Para além dos problemas ao nível das aprendizagens escolares básicas – leitura, escrita e matemática, os indivíduos com DAE podem manifestar vários outros problemas, que não são mutuamente exclusivos (Cruz, 2009). Os problemas referidos com mais frequência nestes indivíduos, além dos indícios neurológicos e das questões emocionais e sócio-emocionais (Correia, 2008), enquadram-se em três níveis:

- Input – atenção e perceção;
- Processamento – memória e questões cognitivas e de simbolização;
- Output/Expressão – atividade motora e linguagem.

Segundo Ribeiro (2010), face às dificuldades apresentadas pelo indivíduo com DAE, as principais áreas de intervenção são a leitura, o cálculo, os métodos e hábitos de estudo, a linguagem oral, a consciência fonológica, os aspetos cognitivos (atenção, memória e metacognição), a perceção visual e auditiva e a psicomotricidade (lateralidade, esquema corporal, estruturação espaço-temporal e motricidade fina).

No contexto escolar também devem ser fornecidos apoios aos indivíduos com DAE pois, como disposto no Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro, “As crianças e os jovens com Necessidades Educativas Especiais de caráter permanente têm o direito ao

reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas". Podendo estas respostas educativas refletir-se na implementação de medidas educativas como a adequação do processo de ensino/aprendizagem, o apoio pedagógico personalizado, adequações curriculares individuais e adequações no processo de avaliação (Decreto-Lei nº3/2008).

#### **2.4. Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE)**

O sistema de linguagem engloba as formas de linguagem do ouvir, falar, ler e escrever, que se desenvolvem nesta ordem, e as experiências precoces em ouvir, falar e aprender sobre o mundo proporcionam a base para a leitura e a escrita (Lerner, 2003). Estas duas áreas académicas, em conjunto com a matemática, são referidas como as áreas em que, habitualmente, os alunos com DAE apresentam problemas (Ribeiro, 2010).

Ao nível académico, as DAE manifestam-se na aprendizagem de uma ou mais matérias muito concretas, o que leva à necessidade de atribuir uma denominação específica a cada dificuldade, em função do tipo de problema – dislexia, disgrafia, disortografia ou discalculia (Citoler, 1996, *cit. in* Cruz, 2009).

##### **▪ Dificuldade de Aprendizagem Específica da Leitura (DAEL) – Dislexia**

A leitura é um processo no qual o leitor obtém informação a partir de símbolos escritos, sendo para isso necessário que ele, primeiramente, domine o código escrito, para depois alcançar o seu significado. Na leitura e na sua aprendizagem estão implicadas duas componentes, que funcionam de forma interativa: a descodificação (ou seja, reconhecimento e identificação das palavras) e a compreensão da informação escrita (ou seja, descodificar um conjunto de sinais gráficos e deles abstrair um pensamento). As DAELs refletem dificuldades que podem surgir em cada uma destas componentes da leitura (Cruz, 2007).

As DAELs situam-se ao nível do cognitivo e do neurológico, não existindo para as mesmas uma explicação evidente (Rebelo, 1993). Assim, considera-se uma DAEL quando o indivíduo reúne condições favoráveis para a aprendizagem da leitura mas, apesar disso, apresenta dificuldades severas de aprendizagem da mesma (Citoler, 1996, *cit. in* Cruz, 2009).

O termo tradicionalmente mais utilizado e mais popular para definir as DAELs é o de dislexia (Cruz, 2007). No entanto, este termo é frequentemente usado de um modo abusivo, uma vez que tem sido dada a ideia incorreta de que todos os indivíduos com problemas de leitura ou de instrução têm dislexia (Kirk *et al.*, 2005, *cit. in* Cruz, 2009).

Kirk *et al.* (2005, *cit. in* Cruz, 2009) referem que têm sido feitos muitos estudos sobre o grupo de indivíduos com dislexia e, conseqüentemente, também têm sido muitas as tentativas para definir o que é a dislexia.

Atualmente, a dislexia é aceite como sendo um subgrupo de desordens dentro do grupo de DAE e os indivíduos que sofrem de dislexia têm uma variedade de défices resultantes de disfunções cerebrais ou neurológicas, ou seja, o cérebro não está lesado, apenas funciona de um modo diferente do dos indivíduos sem dislexia (Cruz, 2007).

Em 2003, a *International Dyslexia Association* (IDA), em colaboração com os investigadores do *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD), desenvolveu a seguinte definição de dislexia: "Dislexia é uma incapacidade específica de aprendizagem, de origem neurobiológica. É caracterizada por dificuldades na correção

e/ou fluência na leitura de palavras e por baixa competência leitora e ortográfica. Estas dificuldades resultam de um déficit fonológico, inesperado, em relação às outras capacidades cognitivas e às condições executivas. Secundariamente, podem surgir dificuldades de compreensão leitora e experiência de leitura reduzida que pode impedir o desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais” (Teles, 2010).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2004), a dislexia é uma desordem caracterizada pela dificuldade em aprender a ler, apesar da instrução ser a convencional, da inteligência ser adequada e das oportunidades socioculturais. Esta desordem resulta de discapacidades cognitivas que têm, frequentemente, uma origem estrutural (neurológica).

Para Kirk *et al.* (2005, *cit. in* Cruz, 2009), a dislexia refere-se a um conjunto de problemas relativos à aprendizagem das relações entre os sons e o código abstrato que os representa (letras), ou seja, os indivíduos com dislexia têm dificuldades em reconhecer as letras, em aprender os seus nomes e em transformar as palavras em sons de letras e de combinação de letras (fonemas). Lerner (2003) defende a mesma ideia, reconhecendo que os indivíduos com dislexia têm dificuldade em reconhecer letras e palavras e interpretar informação que esteja impressa.

Para Snowling e Hulme (2011), a dislexia é uma perturbação que afeta o desenvolvimento de habilidades de decodificação na leitura, dependendo a leitura do conhecimento das letras e de habilidades fonológicas. Segundo os mesmos autores (2011), as várias competências relacionadas com o vocabulário, com a gramática e com as capacidades de narração interferem com a compreensão do material lido.

A leitura oral dos indivíduos com dislexia caracteriza-se por distorções, substituições ou omissões e por uma precisão, velocidade e compreensão da mesma abaixo do nível esperado em função da idade cronológica do indivíduo, do seu quociente intelectual (Q.I.) e da escolaridade própria para a sua idade. As alterações supracitadas interferem no rendimento académico ou nas atividades da vida quotidiana onde são requeridas aptidões de leitura, e no caso de existir um déficit sensorial estas alterações têm que exceder as que estariam associadas a esse déficit (APA, 2006).

A não identificação das crianças com dificuldades na aprendizagem da leitura é muito preocupante, uma vez que esta identificação já é feita relativamente tarde na escola, de acordo com o período crítico para a intervenção e reeducação. Sem uma intervenção precoce, sistemática e intensiva é pouco provável que estas crianças consigam um dia dominar a competência da leitura (Shaywitz, 2003, *cit. in* Cruz, 2008).

#### ▪ **Dificuldade de Aprendizagem Específica da Escrita (DAEE) – Disgrafia e Disortografia**

A linguagem visual expressiva – escrita – é a forma de linguagem que mais tempo levou (filogeneticamente) e leva (ontogeneticamente) a ser adquirida pelo Homem (Fonseca, 1999, *cit. in* Cruz, 2009). Em determinado momento, o homem que fala pode fazer uma manifestação gráfica das suas palavras e essa expressão gráfica pode ser de novo traduzida em palavras pelo mesmo indivíduo ou por outros (isto é, leitura) ou ser novamente reproduzida graficamente (isto é, escrita). Verifica-se, deste modo, que a escrita é secundária à fala (Cruz, 2007).

Na escrita é necessário perspetivar duas componentes: a codificação escrita (ou seja, a habilidade para escrever palavras) e a composição escrita (ou seja, a produção de textos), sendo a primeira um requisito necessário mas insuficiente para levar a cabo a segunda (Citoler, 1996, *cit. in* Cruz, 2009). Assim, por outras palavras, a escrita é

expressar, por meio de uma série de sinais gráficos (isto é, codificação escrita) um pensamento (isto é, composição escrita). Deste modo, a codificação consiste na transformação da linguagem em símbolos e a composição consiste na transformação do pensamento em linguagem (Cruz, 2009).

Para Fonseca (1999, *cit. in* Cruz, 2009), podem surgir dois tipos gerais de problemas ao nível da escrita: a disgrafia (prende-se mais com um problema de execução do que com a composição escrita) e disortografia (destaca problemas ao nível da planificação e da composição escrita).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006), que designa a disgrafia e a disortografia como uma perturbação da escrita, para que esta seja diagnosticada é necessário que as aptidões da escrita se situem abaixo do nível esperado em função da idade cronológica do indivíduo, do seu Q.I. e da escolaridade própria para a sua idade, interferindo significativamente com o seu rendimento escolar ou atividades da vida quotidiana que requerem a composição de textos escritos (e.g. frases escritas gramaticalmente corretas e parágrafos organizados). Por último, se existir um défice sensorial, as dificuldades nas aptidões da escrita têm que ser excessivas em relação às que lhe estariam habitualmente associadas.

#### ▪ **Disgrafia**

Ao nível da escrita, a maior parte das dificuldades devem-se a deficiências nos processos motores de execução do traço, isto é, à disgrafia (Cruz, 2009).

Ajuriaguerra (1964, *cit. in* Monedero, 1989) considera que a criança é disgráfica quando tem uma qualidade de escrita deficiente, apesar da ausência de qualquer défice intelectual ou neurológico importante que explique esta deficiência. Johnson & Mykelbust (1991), corroborando o pressuposto de que na criança disgráfica não existe nenhum défice neurológico importante mas sugerindo a existência de algum tipo de disfunção cerebral ou neurológica ligeira, descrevem a disgrafia como uma desordem resultante de um distúrbio da integração visuo-motora, em que, embora o indivíduo não tenha um defeito visual ou motor, ele não consegue transmitir as informações visuais ao sistema motor. Deste modo, o indivíduo “vê” o que quer escrever mas não consegue idealizar o plano motor e, conseqüentemente, é incapaz de escrever ou copiar letras, palavras e números (Johnson & Mykelbust, 1991).

Casas (1988) identificou algumas dificuldades que a criança com disgrafia pode apresentar, nomeadamente, falhas no traço da letra, borrões, dificuldades em manter a escrita na linha, espaçamento incorreto entre as letras, palavras e linhas, ausência de margens, grafia trémula e tamanho desajustado (demasiado grande ou pequeno).

Lofiego (1995, *cit. in* Fávero & Calsa, 2003) defende que, em termos psicomotores, a escrita implica uma adequada estruturação espacio-temporal e destreza motora desenvolvida, bem como um correto desenvolvimento da motricidade global, da lateralidade e ainda da componente perceptiva, visual e auditiva, ou seja, de componentes perceptivo-motores utilizados durante a execução do traço. Deste modo, níveis de desenvolvimento psicomotor baixos numa ou em várias destas componentes podem prever dificuldades na grafia.

#### ▪ **Disortografia**

Fonseca (1999, *cit. in* Cruz, 2009) defende que a disortografia ocorre quando o indivíduo apresenta perturbações nas operações cognitivas de formulação e sintaxe, assim, apesar de comunicar oralmente, de poder copiar e revisualizar palavras e de as escrever quando

ditadas, não consegue organizar nem expressar os seus pensamentos segundo regras gramaticais.

Para Cruz (2009), a disortografia caracteriza-se pela existência de dificuldades severas em executar os processos cognitivos subjacentes à composição, ou seja, os processos de geração do conteúdo, os sintáticos ou os de estruturação e planificação. O indivíduo disortográfico esquece-se de rever as suas composições e tende a sobrestimar a sua capacidade de escrita.

O indivíduo disortográfico apresenta uma escrita que encerra um conjunto de faltas e que não é necessariamente disgráfica, manifestando-se esta perturbação depois de terem sido adquiridos os mecanismos de leitura e escrita (Baroja, Paret & Riesgo, 1993, *cit. in* Cruz, 2009).

Citoler (1996, *cit. in* Cruz, 2009) refere como características gerais da escrita dos indivíduos com disortografia as composições curtas, pobres em ideias e em organização e com uma pontuação inadequada.

Baroja, Paret & Riesgo (1993, *cit. in* Cruz, 2009) consideram que para um indivíduo ser considerado disortográfico deve cometer um grande número de falhas, que podem ser originadas por alterações na linguagem (atraso maturacional na aquisição e utilização da linguagem), erros de perceção (dificuldade em memorizar os esquemas gráficos ou em discriminar qualitativamente os fonemas), falhas na atenção (a atenção instável não permite a fixação dos grafismos, nem a sua correta reprodução), e aprendizagem incorreta da leitura e da escrita (ausência de bases que se reflete em insegurança ao escrever).

#### ▪ **Dificuldade de Aprendizagem Específica da Matemática (DAEM) – Discalculia**

A matemática pode ser analisada de acordo com três domínios: aritmética, álgebra e geometria, sendo a discalculia uma dificuldade que se pode manifestar em todos os domínios da matemática, e não exclusivamente ao nível do cálculo (Cruz, 2009).

Para Cohn (1961, *cit. in* Cruz, 2009), a discalculia é resultado de disfunções do SNC e compreende a dificuldade em realizar operações matemáticas, as quais, normalmente, estão associadas a problemas de revisualização de números, de ideação, de cálculo e de aplicação de instruções matemáticas.

Segundo Cruz (2009), a discalculia está presente, sobretudo, nas crianças e refere-se a um transtorno estrutural (ou seja, disfunção neurológica) de maturação das habilidades matemáticas, manifestando-se por dificuldades na realização do processamento dos números, no cálculo aritmético e na resolução de problemas. As principais características demonstradas por indivíduos com discalculia são: <sup>(1)</sup>dificuldades no domínio relativo a factos básicos dos números, <sup>(2)</sup>dificuldade na aprendizagem da linguagem ligada à matemática, <sup>(3)</sup>dificuldade na realização de operações e <sup>(4)</sup>dificuldades em memorizar e sequenciar.

Casas (1988) define a discalculia como um transtorno parcial da capacidade de manipular símbolos aritméticos e de fazer cálculos matemáticos e sugere que os alunos com esta perturbação apresentam dificuldades nos seguintes domínios:

- Identificação de números, compreensão de conjuntos, de correspondências recíprocas e da conservação;
- Contar de modo compreensivo, resolver problemas orais e aprender a dizer as horas;

- Compreensão do conceito de medida e do valor das moedas;
- Compreensão da linguagem matemática e dos símbolos e do valor segundo a ubiquação de um número;
- Cálculo.

Segundo o DSM-IV-TR, os critérios de diagnóstico da discalculia são o rendimento no cálculo ou no raciocínio matemático se situarem substancialmente abaixo do nível esperado em função da idade cronológica do indivíduo, do seu Q.I. e da escolaridade própria para a sua idade, interferindo significativamente com o rendimento acadêmico ou as atividades do cotidiano, em que são requeridas as capacidades para o cálculo. Por último, as dificuldades no cálculo, na presença de um déficit sensorial, têm que ser excessivas em relação às que lhe estariam habitualmente associadas (APA, 2006).

## 2.5. Abordagens de intervenção nas DAE

Barsch (1968, *cit. in* Cruz, 2009) afirma que identificar uma DAE é fácil, o difícil é ultrapassá-la. No entanto, existem vários modelos ou métodos de intervenção nas DAE, tendo estes como finalidade comum a eliminação ou minimização das dificuldades do indivíduo e a melhoria do seu rendimento (Martín, 1994, *cit. in* Cruz, 2009). Não se pode dizer que, por si só, uns métodos sejam melhores que outros, mas uns podem ser melhores para um tipo de dificuldades, e outros para outras. Assim, o diagnóstico adequado é fundamental para uma intervenção ajustada, não sendo esta intervenção idêntica para todos os indivíduos que recebem o mesmo diagnóstico, como o de dislexia, disgrafia ou discalculia (Monedero, 1989).

Monedero (1989) sugere a existência de três tipos de metodologias de intervenção:

- Medicamentosa ou farmacológica – alguns medicamentos, atuando sobre o metabolismo neuronal, são efetivos no tratamento de algumas DAE. No entanto, quando a medicação é interrompida os indivíduos regredem, independentemente da duração da intervenção medicamentosa;
- Psicoterapêutica – adequada para quando as DAE se associam a desequilíbrios emocionais ou para indivíduos que reagem de forma desmedida à desvantagem que as suas dificuldades pressupõem (depressão associada ao fracasso escolar);
- Reeducativa ou reabilitativa – é o tratamento por excelência das DAE e consiste na realização, assistida pelo professor ou técnico, de determinadas tarefas com o objetivo de ajudar o indivíduo a superar os problemas que dificultam a sua aprendizagem escolar (Monedero, 1989).

Segundo Cruz (2009), as principais perspectivas teóricas de intervenção reeducacional ou reabilitativa no campo das DAE são:

- Comportamentalista ou behaviorista – defende que as variáveis contextuais e a história de aprendizagem do indivíduo são críticas para o desenvolvimento e contínua aquisição de habilidades académicas (Coplin & Morgan, 1988, *cit. in* Cruz, 2009) e, partindo do princípio que o envolvimento influencia o comportamento, esta abordagem centra-se essencialmente na tarefa, dando importância à definição de objetivos, ao fornecimento de *feedback*, aos métodos de ensino explícito e à análise de tarefas (Lerner, 2009, *cit. in* Ribeiro, 2010);
- Neuropsicológica – considera a existência de três subtipos gerais de DAE, que são as auditivo-linguísticas, as visuo-espaciais e as mistas, verificando-se consenso de que a intervenção (neuropsicológica) mais indicada para estes problemas é a de compensação



(baseada nas áreas fortes) comparativamente à de recuperação (baseada nas áreas fracas). Indivíduos com fragilidades em ambas as áreas (subtipo misto) é provável que beneficiem com abordagens multisensoriais, que se baseiam na premissa de que a aprendizagem é mais fácil se a informação for recebida através de vários sentidos, em vez de apenas pela visão e/ou audição (Coplin & Morgan, 1988, *cit. in* Cruz, 2009);

- Cognitivista – muitos indivíduos com DAE têm deficiências em numerosos aspetos do funcionamento cognitivo, como são a atenção, a memória, a compreensão e a resolução de problemas (Mercer, 1994, *cit. in* Cruz, 2009), deste modo, Kirk et. al (2005, *cit. in* Cruz, 2009) defendem a necessidade de desenvolver intervenções que facilitem o uso de estratégias cognitivas que melhorem as aprendizagens académicas. Nesta abordagem, a integração de experiências anteriores com informação nova concretiza-se, na prática, pela instrução apoiada em organizadores visuais de informação, pelo uso de mnemónicas e em estratégias metacognitivas (Lerner, 2009, *cit. in* Ribeiro, 2010);
- Construtivista ou desenvolvimentalista – defende que os problemas de aprendizagem são o resultado de uma falha de maturidade que interage com as exigências das tarefas que estão para além do nível de desenvolvimento do indivíduo, resultando em défices nas habilidades deste (Coplin & Morgan, 1988, *cit. in* Cruz, 2009). Esta abordagem assinala a importância das situações sociais e autênticas, que tenham objetivos intrínsecos para os alunos, ao invés do ensino direto e explícito (Ribeiro, 2010);
- Psico-educacional – costuma ocorrer em gabinetes ou centros psicopedagógicos (a nível extra-escolar), onde é realizado o diagnóstico e a reeducação ou reabilitação dos indivíduos com vários tipos de dificuldades, incluindo as DAE (Pérez, 1989, *cit. in* Cruz, 2009). Neste caso, existe uma pluralidade de profissionais e técnicas envolvidas (Cruz, 2009).

## **2.6. Intervenção psicomotora nas DA**

A intervenção psicomotora tem como objetivo a superação de problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, sendo uma intervenção fundamental já que permite trabalhar fatores que capacitam o indivíduo para um melhor desempenho (Lapierre, 1982, *cit. in* Fávero & Calsa, 2003).

A prática de atividades psicomotoras, através do movimento consciente, pode ser útil na comunicação com o mundo através da ação, favorecendo o desenvolvimento integral e das aprendizagens (Fávero & Calsa, 2003).

Fonseca (2007) acredita que a PM pode constituir um meio privilegiado de prevenção e intervenção nas DA, quando esta intervenção é elaborada e estruturada.

Costa (2008) identificou alguns fatores comuns em crianças com DA, ao nível da sua psicomotricidade, de entre eles encontram-se problemas de orientação espacial, dificuldades ao nível da imagem corporal e da estruturação espacio-temporal. Fonseca (1984) realça ainda a possibilidade da existência de dificuldades no controlo tónico, problemas no equilíbrio, problemas na noção do corpo (alterações do desenho do corpo e dificuldades na imitação de gestos), problemas ao nível da estruturação espacio-temporal, dificuldades na coordenação de movimentos, dismetria e problemas de dextralidade. Segundo o mesmo autor (1984), os indivíduos com DA podem ainda apresentar dificuldades na organização motora de base, que inclui a tonicidade, postura, locomoção e equilibração, o que se reflete na organização psicomotora, onde se inclui a lateralização, a direcionalidade, a imagem do corpo, a estruturação espacio-temporal e as praxias global e fina (Fonseca, 1984).

As crianças dispráxicas (com dificuldades nos movimentos) apresentam quase sempre problemas de aprendizagem. Nestas crianças, as relações entre a motricidade e a organização psicológica não se verificam harmoniosa e sistematicamente, consubstanciando o papel da motricidade na preparação do terreno às funções do pensamento e da cognitividade (Fonseca, 2007).

Furtado (1998, *cit. in* Fávero & Calsa, 2003) estabeleceu relações entre o desempenho psicomotor e a aprendizagem da leitura e da escrita, defendendo que ao aumentar o potencial psicomotor da criança também são aumentadas as condições básicas para as aprendizagens escolares.

Segundo Fonseca (2007), as aprendizagens da leitura, escrita e cálculo dependem da evolução das possibilidades motoras, uma vez que só se desenvolvem na presença de um certo nível de organização motora, de coordenação fina dos movimentos e de uma integração vivida espacio-temporal. Uma psicomotricidade instável ou mal integrada compreende uma linguagem corporal mal aprendida, repercutindo-se nas capacidades de atenção, processamento e planificação cognitiva, necessárias à aprendizagem. Assim, a probabilidade de surgir uma DA aumenta quando a criança não tem a possibilidade de integrar psiquicamente as experiências motoras e espaciais (Fonseca & Oliveira, 2009).

No caso específico da leitura, Fonseca (2007) refere poderem estar presentes problemas de percepção auditiva ou dificuldades na compreensão da linguagem, no caso da escrita considera relevante o investimento motor realizado num espaço bem definido e nas DAE defende que assumem particular importância aspetos como a retenção mnésica, reconhecimento visual e dos aspetos somatognósticos e espaciais.

Um potencial psicomotor baixo do indivíduo interfere com as suas aprendizagens escolares, não só porque demonstra a existência de uma organização percetivo-motora insuficiente, como porque evoca alterações relevantes no processamento cortical da informação (Fonseca, 1984).

Segundo Schragen (s.d., *cit. in* Fonseca & Martins, 2001), as áreas fundamentais a trabalhar nos casos de DA devem incluir: o tónus muscular, a postura, o equilíbrio, as coordenações globais e segmentares, o controlo da inibição voluntária, a organização do esquema, imagem, noção, conceito, consciência e potencialidades corporais, o controlo da orientação espacio-temporal, o treino visual, a coordenação visuo-manual e todas as coordenações estáticas e dinâmicas que poderão ser úteis para adquirir e desenvolver as habilidades e posteriores capacidades, assim como para poder criar esquemas funcionais de adaptação corporal que permitam uma melhor assimilação, processamento, armazenamento, evocação, associação, programação, organização e execução cognitiva.

Schragen (s.d., *cit. in* Fonseca & Martins, 2001) refere-se à aplicabilidade da Psicomotricidade nas DA, dizendo que o indivíduo, para poder fixar a atenção, para compreender e para executar os diversos meios de expressão comunicativa tem de ser capaz de se autocontrolar em termos corporais e em termos motores, ou seja, deve ser capaz de ter um domínio funcional do seu corpo, e para tal necessita de esquemas psicomotores. A PM pode ter, segundo o ponto de vista de Schragen, uma função direta ou indiretamente recuperativa das DA de comunicação e da linguagem, possibilitando a aquisição, a afirmação e o desenvolvimento da potencialidade corporal (Schragen, s.d., *cit. in* Fonseca & Martins, 2001).

### 3. Mutismo Seletivo (MS)

O Mutismo Seletivo (MS), embora já tivesse sido identificado anteriormente, foi descrito pela primeira vez pelo médico alemão Kussmaul, em 1877, que se deparou com pacientes que não falavam em algumas situações, apesar de terem habilidade linguística para o fazer (Krohn, Weckstein & Wright, 1999). Kussmaul denominou o problema de “afasia voluntária”, por lhe parecer uma decisão voluntária de não falar (Cline & Baldwin, 2004).

Em 1934, o psiquiatra Tramer utilizou pela primeira vez o termo “Mutismo Eletivo” (ME) para descrever um caso clínico de uma criança que só falava com um pequeno grupo de pessoas (familiares e colegas), mantendo-se silenciosa noutras situações/locais em que seria esperado que falasse (Cline & Baldwin, 2004). O termo “eletivo” sugere que a criança escolhe falar com certas pessoas mas não com outras (Sharkey & McNicholas, 2008). Segundo Halpern e Hammond (1971), o termo “eletivo” reporta para a existência de uma decisão deliberada da criança em não falar, demonstrando teimosia e oposição, e sendo estas crianças consideradas imaturas e controladoras.

Reed (1963) foi o primeiro autor a sugerir que o ME poderia ser um padrão de comportamento aprendido e sugeriu assim dois tipos de ME: <sup>(1)</sup>ME caracterizado pela imaturidade e manipulação e <sup>(2)</sup>ME caracterizado pela tensão e ansiedade (Reed, 1963 *cit. in* Labbe & Williamson, 1984).

Kolvin & Fundudis (1981) distinguiram o mutismo traumático, que teria um início súbito devido a algum tipo de choque, e o ME, em que a fala estava condicionada a um pequeno grupo de pessoas.

O DSM-IV-TR (APA, 2006) substituiu o termo “eletivo” por “seletivo”, enfatizando que esta perturbação é seletivamente dependente do contexto social, sendo que parte das crianças só fala com um grupo específico de pessoas e em certos locais, enquanto a grande maioria fala somente com pessoas da sua própria casa ou do núcleo familiar mais fechado (Gutenbrunner *et al.*, 2001). Santos (2005) concorda que esta disfuncionalidade não é um comportamento voluntário e, decorrente disto, concorda também com a mudança de classificação, que tornou oficial a terminologia atualmente usada para descrever o MS com um caráter involuntário. Para Prado, Revers & Marrocos (2008), esta mudança de terminologia representou uma transição, passando a considerar-se que a criança entraria em MS, não por vontade própria, mas porque o contexto social favorece a não comunicação, delineando um quadro de ansiedade e fobia social.

Anstending (1999) assume o MS como sendo um transtorno de ansiedade, de fobia social ou um transtorno pós-traumático e, por isso, sugere uma nova mudança ao nível terminológico em futuras revisões do DSM. Kristensen (2000) também descreveu a existência de uma relação estreita entre o MS e transtornos de ansiedade, demonstrando que a fobia social está presente em 75% dos casos estudados, tendo a criança um comportamento normalizado e funcional no seio familiar e apresentando no contexto social um quadro de evitação. Carbone *et al.* (2010) encontraram provas de que o MS é um transtorno da ansiedade mas com défices específicos ao nível da funcionalidade social e da ansiedade social.

Atualmente, os estudos estão centrados na relação entre o mutismo e sintomas de ansiedade, embora Omdal (2008) tenha explorado a hipótese do MS ser uma fobia específica da fala.

No DSM-V, recentemente publicado (em 2013), o MS é classificado como um transtorno da ansiedade, já que a grande maioria das crianças com MS são ansiosas. Os critérios

de diagnóstico mantiveram-se semelhantes aos do DSM-IV (American Psychiatric Publishing, 2013).

### 3.1. Critérios de diagnóstico

A fase de diagnóstico é realizada por uma equipa multidisciplinar e permitirá a elaboração do perfil da criança. O diagnóstico precoce é sempre o mais aconselhável, embora se deva reconhecer que muitas vezes quando o diagnóstico é realizado já passaram vários meses ou anos o que torna mais difícil a implementação de processos de modificação comportamental (Silva, 2012).

Os critérios de diagnóstico do MS são, essencialmente, baseados na história de vida da criança e podem ser materializados em observações e registos sistemáticos dos seus comportamentos verbais e comunicativos com pessoas dentro e fora do seu círculo de confiança. No entanto, o diagnóstico de um quadro de MS raramente se revela objetivo, uma vez que este surge associados a outros comportamentos que são característicos de outras patologias (Silva, 2012).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2006) o diagnóstico para o MS recai sobre um sintoma primário: a incapacidade persistente de falar em situações sociais específicas (situações em que existe a expectativa de que fale) apesar de o fazer noutras situações.

A maioria dos estudos de caso descreve crianças que falam livremente no ambiente mais reservado da família, em casa, mas que quando se encontram em lugares diferentes do seu núcleo familiar, apresentam uma diminuição da frequência da fala ou tornam-se mudas, manifestando um comportamento ansioso e tímido, não respondendo nem iniciando conversas, ainda que essas solicitações sejam feitas por pessoas com as quais falam livremente noutros ambientes (Peixoto, 2006).

Outros critérios importantes para o diagnóstico diferencial do MS são que este deve interferir no rendimento escolar ou laboral ou na comunicação social, que esta incapacidade de falar não é devida à falta de conhecimento ou de familiaridade com a língua requerida na situação social e que este mutismo deve durar, pelo menos, um mês (não limitado ao primeiro mês de escola) (APA, 2006).

O período de duração de, pelo menos, um mês para diagnóstico do MS tem sido discutido em trabalhos publicados, gerando-se uma alternativa maior de duração da condição para um diagnóstico mais preciso, a fim de se evitar a inclusão de reações de mutismo provisório, que é um sintoma usual nas crianças que começam a frequentar a escola ou passam por eventos traumáticos (Peixoto, 2006). Nas crianças que entram na escola o aparecimento de um mutismo inicial pode representar uma ansiedade de separação normal ou um transtorno de ajustamento. Assim, alguns autores propõe o alargamento da duração da sintomatologia para um período mínimo de seis meses (Kolvin & Fundudis, 1981; Gutenbrunner *et al.*, 2001).

Por último, apenas é feito o diagnóstico de MS se a perturbação não for melhor explicada pela presença de uma perturbação de comunicação (e.g. gaguez) e se não ocorrer exclusivamente no decurso de uma perturbação global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra perturbação psicótica.

De um modo geral, as crianças diagnosticadas com MS têm competências comunicativas ditas normais ou satisfatórias, embora, por vezes, possa haver um transtorno associado, por exemplo, ao nível da linguagem expressiva. A timidez, o temperamento inibido, a

ansiedade e o isolamento social, bem como comportamentos compulsivos, baixa autoestima e déficit cognitivo, também podem ser associados (Silva, 2012).

Estudos importantes demonstraram que as crianças com mutismo avaliadas revelavam alta incidência da patologia na família e desarmonia entre os pais (Gutenbrunner *et al.*, 2001; Cline & Baldwin, 2004). As mães das crianças com MS foram descritas como solitárias, deprimidas, hostis na relação com o marido, passivas e com dificuldades de comunicação. A relação mãe-filho é considerada fechada, dependente e controladora. Muitas mães são economicamente instáveis, socialmente isoladas e desconfiadas em relação a pessoas fora do seu contexto familiar próximo (Krolian, 1999). Para Peixoto (2006), há uma premissa de que essas famílias têm pouca confiança na sociedade e isolam-se de todas as formas de contacto externo. Alguns autores referem ainda haver falta de comunicação entre os familiares. A crise ocorre quando a criança precisa de dar um passo para fora desse sistema familiar fechado: a lealdade à família excede a pressão para interagir com estranhos e, então, o mutismo aparece (Peixoto, 2006). Vários estudos sugerem como fatores de risco associados ao mutismo um atraso no desenvolvimento motor e na linguagem, bem como problemas de controlo do intestino e da bexiga (Gutenbrunner *et al.*, 2001; Cline & Baldwin, 2004).

Santos (2005) considera que o MS é tão complexo que pode assumir diferentes padrões, podendo haver crianças que não falem especificamente com adultos, crianças que só falem com uma outra criança, crianças que se limitem a murmurar com determinadas pessoas e em determinados contextos, entre outras variáveis.

### 3.2. Etiologia

Atualmente, o MS é considerado como uma patologia de etiologia multifatorial, que pode estar associada a transtornos de ansiedade e déficit de linguagem, em áreas como a expressão verbal e a compreensão (Kristensen & Torgersen, 2001). Peixoto (2006) é da mesma opinião, considerando que o MS pode ser o resultado de uma série de fatores, que incluem características orgânicas e ambientais e que dificultam e, por vezes, impedem o desenvolvimento de competências de interação social.

Ao longo das últimas décadas têm-se verificado algumas alterações no que diz respeito à etiologia do MS, que inicialmente era associado a um tipo de trauma emocional, familiar ou ambiental (Peixoto, 2006). Stein (2001) considera que o MS pode ser desencadeado por um trauma, como o abuso sexual, a hospitalização ou a morte de um familiar. No entanto, atualmente, não existem relatos de pesquisas que corroborem, com evidências empíricas, o trauma ou abuso como fator desencadeador (Kristensen, 2001).

Viana & Beidel (2009) propõe uma perspectiva psicopatológica do desenvolvimento para a compreensão da etiologia do MS, falando-se em patologia na medida em que é o resultado da mistura de fatores individuais e ambientais. Cohan *et al.* (2006) reconhecem a interação da genética, do temperamento, do desenvolvimento e de fatores sociais.

Relativamente à etiologia do MS podemos considerar várias teorias explicativas:

- Teorias psicodinâmicas – o modelo psicodinâmico admite a existência de uma série de fatores que podem estar na origem do MS, podendo haver uma alteração intrapsíquica relacionada com um trauma emocional ou com conflitos não resolvidos. De entre os fatores que podem originar o MS distinguem-se o trauma psíquico durante o período crítico de desenvolvimento da linguagem, os mecanismos de medo, a ausência de segurança, os ambientes familiares desadequados, os conflitos internos não resolvidos, a

dependência criança-pais, a ligação criança-mãe e a ansiedade de separação. Os fatores psicodinâmicos e psicossociais associados a distúrbios neuropsicológicos parecem também propiciar o aparecimento do MS (Atienza, 2001).

▪ Teorias biológicas – a perspectiva biológica defende que existem características intrínsecas da criança que favorecem o surgimento do MS, no entanto, existe também um padrão familiar que inclui comportamentos semelhantes e/ou manifestações de ansiedade, fobia ou perturbações obsessivo-compulsivas (Silva, 2012). Rodríguez *et al.* (1996) considera dois subgrupos dentro das variáveis biológicas, um primeiro grupo que inclui variáveis evolutivas, que parecem apresentar um caráter universal e com efeitos ao nível do comportamento e que seriam transmitidos geneticamente, e um segundo grupo que tem em consideração variáveis como o género, lesões cerebrais ou alterações anatómicas com uma implicação na produção do som. Alguns autores consideram que, na base do MS podem estar anomalias fisiológicas no cérebro (Silva, 2012). Um desses autores, Gordon (2001) defende que há um mutismo orgânico que está relacionado com possíveis lesões no cerebelo.

As histórias e os sistemas familiares parecem estar ligados à etiologia biológica, o que reforça a ideia da existência de uma ligação entre fatores ambientais e intrínsecos (Silva, 2012).

▪ Teorias comportamentais – partindo do princípio que o MS está associado à ansiedade, a ligação a teorias comportamentais têm sido amplamente usada. Leonard & Topol (1993) consideram o MS como uma reposta aprendida e que é reforçada. A mesma ideia foi defendida por Omdal (2008), que considera que a criança desenvolve uma identidade social de ser seletivamente muda e o seu comportamento é reforçado se não for desafiada a mudar.

### 3.3. Prevalência

O MS é, aparentemente, raro e, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2006) encontra-se em menos de 1% dos indivíduos seguidos em consultas de saúde mental. Segundo estudos anteriores, de Brown e Lloyd (1975), o MS também se encontra em menos de 1% de crianças em idade escolar, e estudos mais recentes apontam para cerca de 2% (Koop & Gillberg, 1997), com maior incidência no sexo feminino. Esta discrepância deve-se, essencialmente, às dificuldades de diagnóstico ou ao facto de estas crianças, muitas vezes, não serem vistas como um problema, e por isso a sua situação nem sempre ser considerada (Silva, 2012).

A idade média de encaminhamentos e dos primeiros diagnósticos de MS tem sido verificada como sendo entre os 3 e os 7 anos (Platt *et al.*, 1999, *cit. in* Peixoto, 2006). A idade típica para o início do MS está entre os 3 e os 5 anos, no entanto, a maioria dos encaminhamentos para tratamento ocorrem apenas entre os 6 e os 7 anos de idade, coincidindo com a entrada no jardim de infância ou no ensino fundamental (Gray *et al.*, 2002, *cit. in* Peixoto, 2006). Muitas vezes há dificuldades no reconhecimento e identificação do problema, pelo que há um espaço de tempo entre o início da patologia e o seu diagnóstico (Silva, 2012).

Durante a transição para o 3º ciclo, por volta dos 11 anos, parece haver também uma propensa vulnerabilidade para o aparecimento de MS (Silva, 2012). Fong e Garralda (2005) salientaram que entre os 11 e os 15 anos é quando, normalmente, se iniciam os transtornos de ansiedade social. Pode, então, pensar-se que o MS como forma de ansiedade social acontece mais tarde e que, no que diz respeito ao MS em idades mais precoces, este pode não estar associado a uma forma de ansiedade social (Silva, 2012).

### 3.4. Comorbilidades

Uma alta variedade de comorbilidades psiquiátricas tem sido encontrada em crianças com MS (Peixoto, 2006). Kolvin & Fundudis (1981) relataram uma alta incidência de problemas de eliminação (enurese e encoprese).

Muitas crianças com MS revelam traços comportamentais como a timidez, preocupações com evitação social, o medo, o apego e negativismo. Estas manifestações têm uma incidência muito maior que os sintomas desafiadores opositivos ou que o comportamento agressivo. Assim, parece evidente a existência de uma ligação entre o comportamento mudo e o comportamento ansioso, pelo que muitos autores têm proposto que o mutismo seja visto como um sintoma de ansiedade e não como uma perturbação (Silva, 2012). Em 1999, numa conferência acerca dos transtornos de ansiedade na juventude, patrocinada pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), foi sugerido que o MS fosse considerado um subtipo de fobia social. Atualmente, a fobia social é considerada como um comportamento e, tendencialmente, as crianças com MS demonstram evitação não só vocal como física. De facto, estudos farmacológicos têm provado que os fármacos utilizados no tratamento da fobia social se mostram igualmente eficazes no tratamento do MS (Silva, 2012). Black & Uhde (1992) defendem que as crianças com MS sofrem de elevados níveis de ansiedade social e timidez e, muito frequentemente, manifestam sintomas de fobia social e transtorno de evitação, bem como uma elevada incidência de transtornos de ansiedade entre os seus familiares.

Albano *et al.* (1995) refere que as crianças mais jovens tendem a manifestar excessiva adesão ao choro e as mais velhas apresentam fuga a contactos sociais e evitam ser o centro das atenções.

Wolff (1996) encontrou muitas semelhanças entre o MS e o Síndrome de Asperger (SA), já que estas crianças revelam dificuldades a nível interpessoal e social.

No DSM-IV-TR (APA, 2006) as crianças ou jovens com MS são caracterizadas como apresentando uma timidez excessiva em ambientes sociais não familiares, evitando o contacto com os outros e recusando participar em brincadeiras de grupo. No entanto, este manual não faz referência a aspetos relacionados com o desenvolvimento como estando relacionados com o MS (Silva, 2012). Em 2000, Kristensen registou cerca de 70% da amostra de indivíduos com MS com diagnóstico de atrasos no desenvolvimento e em 2002, o mesmo autor, salientou a ligação entre problemas de comunicação e o desenvolvimento motor. De acordo com este autor, fatores neurobiológicos podem desempenhar um papel importante no MS (Kristensen, 2000 & 2002).

Em 2009, Nowakowski *et al.* concluíram que as crianças com MS tinham um menor desempenho quer ao nível da comunicação quer ao nível matemático, embora estes autores tenham postulado que isto possa dever-se à sua não participação na aula. Tendo em conta as dificuldades de verbalização das crianças com MS, as avaliações que lhes são feitas não refletem os seus verdadeiros níveis académicos, Q.I. e/ou potencial de aprendizagem e de desenvolvimento (Silva, 2012).

### 3.5. Prognóstico

Steinhausen *et al.* (2006) analisaram resultados a longo prazo de uma amostra clínica de jovens e adultos com MS e identificaram dois tipos de MS, um em que os sintomas não mudam mas desaparecem subitamente na adolescência ou no início da idade adulta e outro em que os sintomas diminuem gradualmente até desaparecerem. Este estudo

demonstrou ainda que cerca de metade dos participantes apresentava ansiedade ou fobia, o que significa que continuaram a vivenciar dificuldades a longo prazo (Steinhausen *et al.*, 2006).

O prognóstico é mais reservado em adolescentes, devido às dificuldades de autoconfiança, independência e comunicação social (Silva, 2012).

Nos adultos o MS pode passar despercebido, na medida em que estes são mais capazes de controlar o ambiente e evitar situações em que seja necessário falar (Silva, 2012).

### 3.6. Abordagens de intervenção

Têm sido desenvolvidas muitas intervenções para o MS, incluindo estratégias comportamentais, terapia individual de diferentes formas, terapia familiar e terapia do discurso (Silva, 2012).

Silva (2012) considera que os programas de intervenção variam, em parte, devido à variedade de conceptualizações por detrás do MS e afirma que apesar de existirem diversas abordagens, a maioria das estratégias de tratamento não foram formalmente avaliadas.

Até à data, as abordagens ao nível comportamental e cognitivo-comportamental parecem ser as mais promissoras, já que na base do MS estão fatores relacionados com ansiedade, os princípios ao nível comportamental usados nestes casos são, provavelmente, benéficos (Silva, 2012).

Santos (2005) defende que é necessário mostrar à criança que se acredita na sua capacidade de comunicar e, se necessário, promover outras formas de interação e de comunicação, que podem incluir registos escritos e/ou desenhos e dramatizações. Este autor (2005) considera que deve ser dada à criança a hipótese de falar ou não e o tempo que ela necessita para o fazer. Schum (2002) é da mesma opinião que Santos (2005), defendendo que um programa de intervenção eficaz deve recompensar as aproximações sociais e a comunicação. As crianças com MS não podem ser enganadas, pressionadas ou obrigadas a falar, sendo esta uma abordagem que falha invariavelmente. Na criança com MS, qualquer tentativa para melhorar a comunicação e a interação deve ser notada e reforçada, mesmo que seja não-verbal (e.g. fazer contacto visual, seguir instruções e participar de forma não-verbal em atividades de grupo). A incapacidade de falar é apenas o sinal mais evidente e dramático da ansiedade subjacente da criança e uma redução generalizada da ansiedade pode levar a uma melhoria do mutismo. Portanto, a redução de outros sintomas de ansiedade é importante e relevante para o tratamento do mutismo (Schum, 2002).

Algumas das terapias mais usadas no tratamento do MS são:

- Terapia sistémica familiar – o objetivo é envolver a família (maior componente social da criança) como unidade, em vez da criança individualmente, de forma a proporcionar uma modificação na comunicação e nos modelos de interação dentro da mesma unidade familiar (Bonowitz, 2003, *cit. in* Peixoto, 2006);
- Terapia comportamental – tem como ponto de referência dois paradigmas, o paradigma do Condicionamento Clássico (CC) e o do Condicionamento Operante (CO). No trabalho comportamental segundo o CC, em geral, os terapeutas têm tentado fazer uma intervenção ligando as causas do comportamento e utilizando técnicas terapêuticas



como um contracondicionamento, que consiste em combinar uma experiência agradável com um objeto que é temido, sendo o objetivo reduzir os efeitos do objeto temido e reverter o condicionamento original da resposta de medo nas crianças. De acordo com o CO, a probabilidade para que um comportamento ocorra depende das consequências e dos antecedentes passados e presentes (antecedente – comportamento – consequência). No tratamento do MS, os antecedentes são os estímulos que sugerem o ato de falar ou não falar e as consequências são os acontecimentos que reforçam ou diminuem a relação entre os estímulos antecedentes e o comportamento de falar (Peixoto, 2006);

- Terapia psicodinâmica – utiliza doutrinas básicas da teoria psicanalítica, envolvendo tipicamente o uso de interações verbais, de jogos/brincadeiras e de arte terapia para fazer emergir o conflito inconsciente que conduz à identificação do comportamento-problema, para que, posteriormente, este possa ser minimizado ou extinto (Leonard & Topol, 1993);
- Terapia farmacológica – tem-se revelado um tratamento promissor para crianças com MS, especialmente nos casos em que a ansiedade e a fobia social são um suporte do comportamento mudo (Anderson *et al.*, 1999, *cit. in* Peixoto, 2006).

Mais recentemente, em 2011, Kotrba identificou cinco orientações de tratamento: <sup>(1)</sup>tratamento comportamental, <sup>(2)</sup>ludoterapia, <sup>(3)</sup>intervenções farmacológicas, <sup>(4)</sup>intervenção psicodinâmica e <sup>(5)</sup>terapia familiar. O mesmo autor (2011) descreveu ainda um conjunto de intervenções inovadoras que podem ser usadas em casos de MS, nomeadamente registos de áudio e vídeo, e referiu ainda as intervenções multimodais (combinação de terapias cognitivas, comportamentais, de desenvolvimento, da fala/linguagem, ludoterapia, terapia familiar) e o treino de pais e os grupos de socialização (Kotrba, 2011).

Quanto à duração do tratamento, não há concordância em relação ao período necessário ou ideal, já que os diferentes estudos relatam diferentes períodos, que vão desde tratamentos curtos a outros de maior durabilidade (Peixoto, 2006).

### **3.7. Intervenção psicomotora no MS**

A PM estimula e reeduca os movimentos da criança através de um trabalho orientado à atividade motriz e às brincadeiras (Crescer, 2013). Como já foi referido, na PM relacional, utiliza-se o jogo espontâneo, a comunicação não verbal e a ludicidade (Vieira, 2009). O desenvolvimento de aspetos lúdicos facilita a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural e contribui para uma boa saúde mental e, importante no caso de crianças com MS, facilita os processos de socialização, comunicação, expressão e construção de conhecimento (Silva, 2012).

A atividade lúdica é importante na intervenção com todo o tipo de crianças, incluindo as que têm MS. Na atividade lúdica o que importa não é apenas o produto da atividade mas a própria ação, o momento vivido. Esta atividade proporciona, a quem a vivencia, momentos de encontro consigo e com o outro, momentos de fantasia e de realidade, de criação de significados e de percepção e momentos de autoconhecimento e conhecimento do outro (Silva, 2012). É no âmbito da atividade lúdica que surge a Ludoterapia, uma psicoterapia adaptada ao tratamento infantil, que tem como objetivo ajudar a criança, através da brincadeira, a expressar com maior facilidade os seus conflitos e dificuldades, ajudando-a a conseguir uma melhor integração e adaptação social, tanto na família como na sociedade (Pregolato, 2006). Baldwin e Cline (1991) defendem que a Ludoterapia oferece um ambiente seguro, sem pressão, para a fala, permitindo que a criança possa

vir a comunicar de uma forma confortável. Sendo a estimulação da fala um dos principais objetivos da intervenção com crianças com MS, é evidente a pertinência e os benefícios que a Ludoterapia, e a PM, enquanto terapia que utiliza atividades lúdicas e contribui para o desenvolvimento de competências sociais e relacionais mais eficazes, podem ter.

As terapias atuais em casos com MS prevêm não só a Ludoterapia mas também a modificação do comportamento, a participação familiar e o envolvimento da escola como opções de tratamento, com vista à superação desta perturbação (Menicalli, 2002).

A falta de conhecimento acerca do MS é uma forte barreira à ajuda a estas crianças, sendo por isso importante a investigação desta temática e das abordagens de intervenção que podem ser benéficas para ajudar estas crianças a libertar-se do silêncio que as enclausura.

#### **4. Intervenção Precoce (IP)**

O conceito de Intervenção Precoce (IP) tornou-se alvo de inúmeras discussões, quer ao nível dos objetivos, das práticas e dos intervenientes, quer ao nível da ação na criança, na família e na sociedade (Matos, 2010). Este conceito tem vindo a progredir através de distintos contributos (investigações, legislação, práticas) que têm impulsionado as mudanças registadas nesta área (Cardoso, 2011).

A IP, embora envolvendo práticas que têm frequentemente a ver com a terapia, a educação e a estimulação precoce, implica uma intervenção muito mais abrangente (Cardoso, 2011). Leitão (1989, *cit. in* Pimentel, 1997) refere que “Em sentido lato, a IP engloba toda uma gama diversificada de serviços – médicos, educativos e sociais – que procuram, através do desenvolvimento de projetos e de programas adequados às necessidades especiais das crianças abrangidas, evitar (componente preventiva da IP) ou reduzir ao mínimo (componente compensatória ou reabilitativa da IP) os efeitos negativos que determinados fatores provocam no crescimento e no desenvolvimento infantil.”

Dunst (2007) define a IP como o conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias, no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança. Deste modo, a IP inclui todo o tipo de atividades, oportunidades e procedimentos destinados a promover o desenvolvimento e a aprendizagem da criança, assim como o conjunto de oportunidades para que as famílias possam promover esse mesmo desenvolvimento e aprendizagem.

A IP tem como base três influências teóricas:

- Teoria dos Sistemas – em que a família é entendida como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a igualmente como um sistema que opera através de padrões transacionais. Deste modo, no seio da família, os indivíduos constroem subsistemas, podendo estes ser formados por geração, género, interesse e/ou função, existindo diferentes níveis de poder, e onde os comportamentos de um membro influenciam e afetam os outros membros (Minuchin, 1990);
- Modelo Transacional – em que o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações da criança com a família e o meio, de modo bidirecional (Sameroff & Chandler, 1975, *cit. in* Sameroff & Fiese, 2000);

▪ Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano – em que o contexto de desenvolvimento é visto como um sistema de influências externas socialmente construído, que é mediado pelos indivíduos. Assim, as influências que os ambientes locais têm nas crianças são o reflexo de como esses ambientes são percebidos e interpretados por pais e filhos. Cada indivíduo é uma parte de um conjunto de sistemas (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema) encaixados uns nos outros, interdependentes e que interagem reciprocamente (Bronfenbrenner, 1979, *cit. in* Bronfenbrenner, 1994).

As famílias apoiadas pelos sistemas de IP têm estruturas e origens diversas. Os tipos de deficiência ou dificuldades das crianças também variam muito, sendo que a característica mais comum é que, por alguma razão, o seu desenvolvimento foi comprometido e elas apresentam um desfasamento entre o que é esperado para a sua idade e aquilo que elas são capazes de fazer, num ou mais domínios do desenvolvimento. Deste modo, são considerados três tipos de risco, que podem surgir isolados ou combinados (Bruder, 2010):

- Risco estabelecido – as crianças apresentam um desenvolvimento atípico precoce, relacionado com problemas médicos de etiologia conhecida e com expectativas relativamente bem conhecidas no que respeita ao seu desenvolvimento;
- Risco biológico – existe um historial de eventos pré, peri e/ou pós-natais que sugerem uma agressão biológica no SNC, possibilitando o aumento da probabilidade de desenvolvimento atípico;
- Risco envolvental – as crianças são biologicamente saudáveis mas as suas experiências precoces são suficientemente limitadas ao ponto de estas crianças possuírem uma alta probabilidade de atraso no desenvolvimento (Bruder, 2010).

- **Evolução de práticas centradas na criança para práticas centradas na família**

Historicamente, os programas de IP centravam-se na criança, esquecendo e não valorizando a família e os seus diferentes contextos de vida. Esta perspetiva baseava-se numa abordagem clínica, onde o modelo médico assumia a superioridade do profissional relativamente às decisões sobre o apoio a prestar à criança. Este modelo centrava-se essencialmente na patologia ou nos défices, retirando à família a possibilidade de colaborar, escolher e decidir (Pereira, 2009; Pereira & Serrano, 2010). No entanto, como refere Pereira (2000): “A evolução do conceito de IP deixou de incluir apenas a perspetiva educacional, dirigida exclusivamente à criança e aos seus défices, para passar a integrar um conjunto de serviços interligados de apoio à criança e à família, passando por definição a ser centrada na família e de base comunitária.”

Os programas de intervenção sofreram uma evolução, deixando, progressivamente, de se centrar exclusivamente na criança para incluírem também a família e a comunidade (Almeida, 2004). A família como foco de atenção constitui o elemento fundamental das práticas atuais de IP (Cardoso, 2011).

Brambring *et al.* (1996) sugere um modelo em triângulo para a IP em que os três vértices são a família, a criança com alterações do desenvolvimento ou em risco e os serviços. Este sistema não é estático, mas sim dinâmico, já que o processo resulta das interações entre as variáveis dos três vértices, que se vão desenrolando de forma contínua ao longo do tempo. Este modelo, ao colocar em destaque algumas das variáveis que interagem no processo dinâmico da IP, mostra a complexidade da intervenção que, para ser eficaz,

implica uma atenção a todos estes aspetos. Assim sendo, os programas de IP devem ser razoavelmente abrangentes de forma a terem em conta todas as variáveis implicadas (Cardoso, 2011).

Serrano (2007) considera que é fundamental que os pais se tornem os principais decisores no que diz respeito às suas necessidades enquanto família e às necessidades específicas da sua criança com NEE. Aos profissionais cabe o papel de consultores das famílias, as quais detêm o controlo do processo de prestação de serviços. É necessário que os profissionais reconheçam que os serviços de IP devem ser acessíveis, flexíveis e dar resposta às necessidades identificadas pela e com a família e que não são as famílias que se adaptam aos programas mas o contrário. Os profissionais devem ainda proporcionar uma ativa cooperação da família em todas as fases do processo de intervenção, uma vez que os programas de IP têm resultados tanto mais positivos quanto maior for o envolvimento da família. Ajudar a família no reconhecimento e resolução das suas próprias necessidades e na utilização eficaz dos recursos de que dispõe, bem como respeitar as características étnicas, culturais e outras, que constituem a individualidade de cada família também são deveres dos profissionais. Por último, os profissionais devem valorizar as competências da família, o seu poder de decisão e as suas forças, ao invés de corrigirem e criticarem os seus pontos fracos, reconhecendo que todas as famílias possuem competências ou têm capacidade de se tornarem competentes. A decisão da família quanto ao tempo, nível e natureza do envolvimento da IP na sua vida deve ser sempre respeitada (Cardoso, 2011).

#### **4.1. Enquadramento Legal**

Segundo o Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, a IP é o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. É destinada a crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento (verificação de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança), bem como às suas famílias (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro).

Para garantir condições de desenvolvimento às crianças supracitadas, foi criado, em Portugal, ao abrigo do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Cardoso, 2011).

O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar e é desenvolvido através da atuação coordenada do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com o envolvimento das famílias e da comunidade (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro).

O SNIPI tem como objetivos:

- Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IP em todo o território nacional;
- Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco grave de atraso de desenvolvimento;

- Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, da saúde e da educação;
- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro).

Com o Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro, que levou à criação do SNIPI, o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) passou a designar-se Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), e consiste na avaliação da criança no seu contexto familiar e na definição das medidas e ações a incrementar de forma a assegurar um processo adequado de transição ou de complementariedade entre serviços e instituições. No PIIP devem constar <sup>(1)</sup>a identificação dos recursos e necessidades da criança e da família, <sup>(2)</sup>os apoios a prestar, <sup>(3)</sup>a data do início da execução do plano e período provável da sua duração, <sup>(4)</sup>periodicidade da realização das avaliações realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação, e, por último, <sup>(5)</sup>procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar. O PIIP deve articular-se com o Programa Educativo Individual (PEI), aquando da transição de crianças para a frequência de jardins de infância ou escolas básicas do 1º ciclo (Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro).

#### 4.2. Objetivos da IP

Bailey & Wolery (1992, *cit. in* Thurman, 1997) referem como principais objetivos da IP:

- Apoiar as famílias na realização dos seus próprios objetivos;
- Promover na criança competência, independência, desenvolvimento em domínios-chave e generalização das suas capacidades;
- Facilitar e apoiar o desenvolvimento das competências sociais da criança;
- Proporcionar e preparar para experiências normalizadas;
- Prevenir futuras dificuldades;
- Providenciar informação, apoio e assistência às famílias para lidarem com a criança;
- Aumentar a competência parental na facilitação do desenvolvimento da criança e na defesa dos seus direitos;
- Fomentar interações efetivas entre pais, família e criança que promovam sentimentos mútuos de competência e satisfação.

Estudos demonstram que o maior objetivo para as famílias é a criação ou a manutenção de uma rotina familiar sustentável e significativa (Gallimore *et al.*, *cit. in* Guralnick, 2004). Deste modo, segundo Guralnick (2006), os programas de IP bem sucedidos são os que identificam os fatores stressores da família (e.g. necessidades de informação, dificuldades interpessoais e familiares) e, posteriormente, projetam e implementam uma intervenção coordenada e abrangente para mitigar esses fatores. Em geral, os

componentes de intervenção podem ser organizados em três categorias: <sup>(1)</sup>recursos, <sup>(2)</sup>apoios sociais e informação e <sup>(3)</sup>serviços.

A complexidade dos problemas que as deficiências e as situações de risco colocam ao desenvolvimento global da criança e à dinâmica familiar exige um processo integrado de atuação dos serviços da educação, da saúde, da ação social e dos parceiros envolvidos, e requer a união de três eixos essenciais para a IP: <sup>(1)</sup>envolvimento da família, <sup>(2)</sup>trabalho de equipa e <sup>(3)</sup>plano individual de intervenção (Aleixo, 2013).

#### 4.3. Importância da IP

Ao longo dos anos, foram vários os estudos que convergiram de forma sólida para o desenvolvimento da IP, o que consequentemente teve influência na forma como se lida com a criança com NEE (Carvalho *et al.*, 2003). O reconhecimento da importância dos primeiros anos de vida da criança foi um dos primeiros impulsionadores da ideia de intervir precocemente nas crianças com problemas de desenvolvimento (Aleixo, 2013).

Segundo Blakemore e Frith (2005), existem dois grandes argumentos neurobiológicos que fundamentam a importância da IP:

- <sup>(1)</sup>É nos primeiros anos de vida que ocorre uma grande atividade de sinaptogénese, sendo o período onde existe maior plasticidade neural. Existem períodos sensíveis no desenvolvimento que correspondem a mudanças subtis na capacidade de adaptação do cérebro às experiências vividas;
- <sup>(2)</sup>O desenvolvimento cerebral depende tanto dos programas genéticos, como das experiências ambientais. A privação ambiental resulta em efeitos adversos para o desenvolvimento.

Assim, quando os acontecimentos do envolvimento fornecem as condições certas, num período particularmente sensível, o progresso desenvolvimental pode ser maximizado. Por outro lado, quando a criança falha a “janela de oportunidade”, não falha necessariamente a aquisição da nova capacidade, embora demore mais tempo do que seria necessário para a adquirir (Nelson, 2000).

Para além do papel do envolvimento, as interações precoces entre a mãe e o bebé assumem uma importância determinante na regulação e desenvolvimento de *skills* relacionais e emocionais, podendo tornar-se uma fonte de adaptação e apoio ou, pelo contrário, de disfunção e risco (Shonkoff & Phillips, 2000).

Segundo Guralnick (2006) está cientificamente comprovado que uma intervenção planeada, de qualidade e precoce promove resultados efetivos no que diz respeito a atenuar ou ultrapassar problemas do foro biológico, genético e ambiental.

#### 4.4. Prática em IP

Para se dar entrada no sistema de IP é necessário que se definam critérios de elegibilidade não estanques, que dependem do que está patente na lei, do nível de prevenção em que se pretende atuar e dos serviços ou programas disponíveis (Guralnick, 2005).

A prática em IP deve ter os seguintes parâmetros: <sup>(1)</sup>inclusão de mecanismos de identificação (sinalização da criança em articulação com outros serviços), <sup>(2)</sup>envolvimento

das famílias (modelo de fortalecimento das competências da família), <sup>(3)</sup>abordagem teórica e práticas centradas na família, <sup>(4)</sup>elaboração do PIIP, <sup>(5)</sup>utilização de um currículo desenvolvimental e funcional, considerando as rotinas e necessidades das famílias e das crianças (objetivos e estratégias), <sup>(6)</sup>intervenção nos contextos naturais de aprendizagem, <sup>(7)</sup>trabalho em equipas transdisciplinares, <sup>(8)</sup>formação da equipa (ações de formação e supervisão), <sup>(9)</sup>coordenação efetiva dos recursos e serviços de base comunitária, <sup>(10)</sup>avaliação da eficácia do PIIP e <sup>(11)</sup>planificação da transição (Guralnick, 2005).

A identificação das capacidades e necessidades da criança e da família é um dos elementos chave do PIIP, pelo que deve ser a família a principal responsável, com a ajuda de toda a equipa de IP, na elaboração, implementação e revisão deste documento (Dunst & Deal, 1994). Deste modo, o principal dever dos profissionais não é o de fornecer serviços diretos, mas sim capacitar e corresponsabilizar os indivíduos pela promoção e aumento das capacidades individuais e familiares que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar (Dunst, 2007).

A família deve ser avaliada de forma a que se perceba como perceciona as competências da criança, as necessidades e prioridades e os suportes formais e informais, bem como os recursos de que dispõem para suprir essas necessidades. Esta avaliação é feita através de entrevistas, escalas e *checklists* formais (Hanson & Lynch, 1995).

Relativamente à equipa em IP, Golin & Ducanis (1981, *cit. in* Franco, 2007) consideram-na uma unidade funcional composta por indivíduos com formação especializada e variada e que coordenam as suas atividades a fim de prestar os seus serviços às crianças e famílias. Atualmente, é defendido o modelo de trabalho transdisciplinar, que permite grande flexibilidade de funções e responsabilidades por parte de todos, sendo normalmente eleito um responsável de caso, que implementa o plano e o coordena com outros serviços e recursos existentes. As equipas transdisciplinares providenciam uma intervenção unificada e holística, em que apenas um membro da equipa estabelece a ligação de primeira linha com a família, permitindo um aumento das competências de todos os elementos da equipa e contribuindo para a redução do stress parental (Hanson & Lynch, 1995).

Nesta linha, McWilliam (2010) considera que a IP em contextos naturais é constituída por cinco componentes:

- <sup>(1)</sup>Compreender a ecologia da família – através da realização de um Ecomapa, o que permite ao profissional de IP mostrar que está interessado na família, criar uma relação com ela e perceber a quantidade e qualidade de apoios que tem;
- <sup>(2)</sup>Plano de intervenção funcional – realização de uma Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR), que é um método que produz objetivos ou resultados funcionais, baseados nas prioridades da família, e que possibilita uma intervenção funcional, com base em consultoria e terapia integrada;
- <sup>(3)</sup>Serviços integrados – existência de um prestador de serviços primário que providencia apoio semanal à família, suportado por uma equipa com outros profissionais;
- <sup>(4)</sup>Visitas domiciliárias eficazes – visitas domiciliárias baseadas no apoio aos pais, a nível emocional, material e informacional;
- <sup>(5)</sup>Consultoria – apoio ao educador do ensino regular, quando a criança está em contexto de creche ou jardim de infância.

#### **4.5. Intervenção Psicomotora e IP**

Desde as dimensões mais motoras até às mais estritamente relacionais, a PM oferece um paradigma de intervenção específica e uma proposta de modulação que afeta muitas outras áreas da prática profissional em IP (Gras, 2004).

A prática psicomotora em IP não consiste no treino de habilidades, tem antes como objetivo que a aprendizagem seja significativa e funcional, existindo um enfoque no processo de estabelecimento de vínculos, centrando-se fundamentalmente na dinâmica relacional e na tomada de consciência da totalidade corporal, mediante experiências de prazer como base do desenvolvimento dos marcos evolutivos (Llorca & Sánchez, 2003, *cit. in* Llinares, 2007).

Em intervenção psicomotora existe um vasto reportório de estratégias que, através do movimento, se relacionam com objetivos de desenvolvimento psicomotor, afetivo, social e intelectual. Esta intervenção deve ser realizada em contexto lúdico, deste modo a criança não sente que está a trabalhar, mas sim a brincar, pelo que estará mais motivada (López *et al.*, 2004).

No que diz respeito à vinculação e aos problemas relacionados, a particularidade de uma intervenção psicomotora é a de dar a possibilidade à criança de recuperar ou recriar uma vivência relacional com o outro, que lhe permita uma construção harmoniosa da sua corporeidade e do seu ser psicomotor, uma vivência relacional e corporal que será crucial na sua organização tónica (Gras, 2004).

A intervenção psicomotora pode ter também um papel importante na construção da identidade e na autonomia da criança. O conhecimento pormenorizado da atividade autónoma da criança deve ser o ponto de partida de qualquer IP, uma vez que traz dados importantes sobre os processos que ela utiliza na construção da sua identidade e no desenvolvimento da sua atividade autónoma. Assim, a intervenção com a criança será uma busca de intercâmbio contínuo com os adultos e com o meio que a rodeia, que partirá sempre dos mecanismos biológicos, perceptivos, motores, funcionais, emocionais e cognitivos que a criança já possuiu (e não de mecanismos que irá adquirir posteriormente). A intervenção será facilitadora, transformadora e diversificadora desta atividade autónoma, devendo-se evitar exercícios e ações fragmentadas que obriguem a criança a utilizar estruturas que ainda não possuiu e às quais não pode dar sentido (Gras, 2004). O objetivo será, portanto, o de favorecer um processo de construção sincrónico (e não diacrónico), que construa as bases do desenvolvimento posterior e do conhecimento futuro, integrando-as em estruturas cada vez mais complexas e diferenciadas (Chockler, 1999, *cit. in* Gras, 2004).

#### **5. Enquadramento institucional – Centro de Neurodesenvolvimento (CND)**

Neste ponto, primeiramente, será feita uma breve descrição do Centro de Neurodesenvolvimento (CND), tendo em conta os seguintes parâmetros: população a quem se destina, serviços de que dispõe, equipa técnica, aspetos relativos ao funcionamento, às instalações e à acessibilidade das mesmas e, por fim, articulação do CND com a família e a comunidade. De seguida, será caracterizada, brevemente, a intervenção psicomotora no CND.



## 5.1. População e serviços

O CND, integrado no Departamento de Pediatria, localiza-se no edifício de Pedopsiquiatria do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), um novo hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde, e cuja abertura dos serviços foi faseada, tendo início no dia 19 de janeiro de 2012. Este hospital, localizado na Quinta da Caldeira (em Loures), constitui um marco fundamental para a requalificação da oferta em cuidados de saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo, e é uma unidade hospitalar completamente nova, destinada a colmatar uma necessidade, desde há muito reconhecida, na oferta de cuidados hospitalares às populações da região (Pinto, 2012).



Figura 1 – Hospital Beatriz Ângelo

O HBA dá resposta à população dos concelhos de Loures, Odivelas, Mafra e Sobral de Monte Agraço, com uma população total de 272.000 habitantes, estimando-se que a população pediátrica (abaixo dos 18 anos) seja de 54.000. Nesta população pediátrica estima-se que possa haver um total de 4000 a 5000 crianças e jovens com patologia do desenvolvimento, pelo que fica patente a necessidade de criação de um Centro de Desenvolvimento nesta área, sendo este fundamental na deteção, diagnóstico e orientação dos apoios que devem ser prestados na comunidade e, preferencialmente, nos ambientes naturais da criança e das famílias (Pinto, 2012). É para colmatar a necessidade de apoio às crianças e jovens (até aos 17 anos) com patologia do desenvolvimento que surge o CND, cujos objetivos são:

- Sinalização, diagnóstico, orientação para a intervenção e seguimento das crianças com perturbações do desenvolvimento da área de referência do hospital;
- Abordagem da criança de forma transdisciplinar, numa equipa multiprofissional, facilitando o apoio social, educativo e assistencial à criança e família, através da articulação com a comunidade, bem como supervisão da intervenção, e apoio em situações pontuais e de previsível curta duração;
- Privilegiar uma articulação estreita com as ELIs (Equipas Locais de Intervenção Precoce) da área de referência, para sinalização e orientação dos apoios necessários;
- Promover a ligação com as equipas de docentes de apoio educativo, em colaboração com a DRELVT (Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo) e as EAEs (Equipas de Apoio às Escolas) da área de referência do hospital;
- Assegurar o projeto de parceria e complementariedade com o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo;
- Promoção do ensino pré e pós graduado para profissionais de saúde e de educação;
- Promoção de investigação clínica no âmbito do desenvolvimento infantil (Pinto, 2012).

O CND dispõe de diversas especialidades, nomeadamente, Pediatria, Terapia da Fala, Psicologia e Reabilitação Psicomotora, sendo composto por profissionais com formações e interesses variados, que trabalham numa equipa multidisciplinar, dando resposta às necessidades da população psiquiátrica com défices cognitivos, Perturbações Específicas da Linguagem (PELs) – articulação verbal, tipo expressivo, tipo recetivo e gaguez – e comunicação, Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), DAE, Perturbação do desenvolvimento da Coordenação Motora, Perturbação do Comportamento e de Oposição (quando em

comorbidade com outras patologias do desenvolvimento), recém-nascidos de alto risco perinatal (em colaboração com a Neonatologia) e síndromes específicas (Trissomia 21, X Frágil, Síndrome de Turner) (Pinto, 2012).

Os doentes podem ser enviados pelos médicos de família, via *Alert* (triados pela Dr.<sup>a</sup> Filomena Cândido, da Pediatria), por outras consultas do Hospital D. Estefânia (pedido direto) ou por marcação (autorizada pela coordenadora do Centro) pela Secretária de Unidade, desde que cumpram o requisito de residir na área do hospital e de terem entre 0 a 18 anos. As marcações são efetuadas por ordem de chegada, com exceção para o grupo abaixo dos 2 anos, que é prioritário no atendimento (Pinto, 2012).

O processo de admissão de utentes no CND faz-se em primeiro lugar através da receção. De seguida, os utentes são direcionados para uma consulta médica (com uma das Pediatras do Neurodesenvolvimento – PND), que deteta e encaminha os casos para um (ou mais) dos elementos da equipa, de acordo com os aspetos revelados na consulta médica. O utente é, posteriormente, alvo de uma avaliação pelo profissional mais indicado, sendo, seguidamente, encaminhado para uma intervenção (exterior ao hospital) direcionada à problemática apresentada.

## 5.2. Equipa técnica

O CND pretende ser o mais abrangente e especializado possível, tendo uma equipa multidisciplinar, consistente e unida, que permite uma sincronia de atuação e uma linha única de seguimento e de filosofia no Centro. Existe dentro do CND uma relativa distribuição de tarefas, não obstante, existe também uma articulação e troca de informação entre os profissionais das diferentes áreas, de modo a dar uma resposta global à criança e à sua família (Pinto, 2012).

Os funcionários que compõe a equipa do CND, e as suas respetivas funções, são:

- Pediatras – existem três pediatras no CND e estas são responsáveis pela triagem, orientação para avaliação e para a intervenção nas estruturas da comunidade, pela investigação etiológica (quando indicado) e pela definição diagnóstica e de seguimento;
- Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER) – tem a seu cargo as avaliações psicopedagógicas nas crianças com insucesso escolar, avaliação das pré-competências académicas, avaliação do desenvolvimento psicomotor, sobretudo em crianças com PEA e défices cognitivos, e supervisão dos casos orientados para intervenção;
- Psicóloga Educacional (PE) – responsável pela avaliação cognitiva e do desenvolvimento psicomotor nos défices cognitivos, avaliação dos perfis funcionais e de comportamento adaptativo, apoio da adequação curricular e supervisão dos casos orientados para intervenção;
- Terapeuta da Fala (TF) – avalia as crianças com perturbação da linguagem, comunicação e fala e com perturbação fonológica para orientar para intervenção, fazendo também a supervisão nos casos com necessidade de apoio direto ou dando orientação aos pais nos casos que não necessitam de intervenção direta (Pinto, 2012).

A equipa do CND conta ainda com o apoio em articulação/consultoria com Pedopsiquiatria, Medicina Física e Reabilitação e Assistente Social. O CND articula com Genética e Doenças Metabólicas (com outros hospitais, nomeadamente, o Hospital de Santa Maria), com Neonatologia no HBA (para seguimento dos recém-nascidos de risco) e com associações, através de protocolos (Pinto, 2012).

O CND espera ter futuramente na sua equipa uma professora especializada, a colocar pela DRELVT em acordo de cooperação, para ligação às escolas, e uma Psicóloga Clínica (PC), para realizar avaliações emocionais e cognitivas, dar apoio a crianças com perturbações de oposição ou de comportamento associado à PHDA ou com PEA e dar apoio familiar com intervenção direta e supervisão (Pinto, 2012).

Em suma, o CND é composto por seis colaboradoras de diferentes áreas e formações, que se reúnem semanalmente (5ª feira) com o intuito de triar e marcar novos pedidos, distribuir casos, discutir aspetos relacionados com os casos acompanhados e protocolos, atualizar os seguimentos, partilhar materiais, discutir agendamentos e outras atividades de organização e atualização teórica (discussão de artigos científicos/nova informação que tenha surgido sobre determinada problemática), entre outros aspetos pertinentes que possam surgir. Uma vez por mês, as representantes das ELIs e CERCIs participam nesta reunião, para existir *feedback* relativamente aos casos encaminhados para as mesmas. A equipa do CND também participa nas reuniões do Serviço de Pediatria e organiza sessões de formação para os internos e para investigação (Pinto, 2012).

### 5.3. Funcionamento, instalações e acessibilidade

O CND tem uma equipa fixa e permanente no Centro e tem atividade assistencial todos os dias úteis da semana. O Centro abre às 9h e fecha às 21h (uma vez que as consultas de Pediatria se prolongam até essa hora), sendo que o horário dos diferentes elementos da equipa varia entre eles e consoante o dia da semana.

Relativamente ao espaço físico, o CND é composto por três gabinetes de consulta, adaptados para avaliação do jogo livre, climatizados, com razoável insonorização e em piso térreo, e tem ainda uma biblioteca e um centro de recursos para os pais, estando prevista a elaboração de folhetos de informação sobre as diferentes patologias para serem distribuídos às famílias. O Centro dispõe do seguinte material de avaliação/testes disponíveis: Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths* (dos 0 – 2 anos e dos 2 – 8 anos), WISC-III (*Wechsler Intelligence Scale for Children* – Escala de Inteligência para crianças, dos 6 – 16 anos), TALC (Teste de Avaliação da Linguagem na Criança, dos 2anos e meio – 6 anos), BAPAE (Bateria de Aptidões para a Aprendizagem Escolar) e CARS (*Childhood Autism Rating Scale* – Escala de Classificação do Autismo na Infância) (Pinto, 2012).

No que se refere às infraestruturas do CND, este é acessível para pessoas com mobilidade reduzida, uma vez que se encontra num terreno plano, tem portas largas e não tem degraus.

O CND, situado no HBA, é bastante acessível, principalmente para quem se desloca na sua viatura própria, uma vez que fica próximo de diversos eixos viários principais e possui três parques de estacionamento pagos. O parque de estacionamento junto ao CND tem um período de carência de 15 minutos, durante o qual a permanência no estacionamento é gratuita, e existe ainda um parque destinado apenas a viaturas com indicação de pertencerem a portadores de deficiência, embora todos os parques do HBA possuam lugares reservados para deficientes. No caso de não dispor de viatura própria, existem autocarros que têm duas paragens no recinto do HBA, uma junto à entrada principal e outra junto às urgências.

#### 5.4. Articulação do CND com a família e a comunidade

Os profissionais de saúde do CND articulam o seu trabalho com os vários contextos em que a criança está inserida, ou locais que a poderão favorecer. O CND estabelece assim, sempre que necessário e após autorização verbal dos pais ou responsáveis legais, uma articulação entre o Centro e parceiros da comunidade, tais como Centros de Saúde, escolas, Segurança Social, CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens), entre outros. A articulação com estes serviços realiza-se sempre que a situação clínica, sociofamiliar e/ou educacional das crianças seguidas assim o exijam, uma vez que, como preconizado pela Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), o interesse superior da criança deve ser uma consideração prioritária em todas as ações e decisões que lhe digam respeito (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989).

No que diz respeito ao meio escolar das crianças acompanhadas, é sempre feita uma tentativa de estabelecer uma relação próxima com os agentes educativos, envolvendo-os na avaliação da criança, trocando *feedback* acerca da sua evolução, do seu aproveitamento académico e do seu funcionamento na turma e com os pares e fornecendo estratégias e sugestões que vão de encontro às suas necessidades, de modo a potenciar o seu máximo desenvolvimento pessoal e social. O contacto com a escola é realizado por qualquer técnico que acompanhe a criança e que sinta necessidade de uma melhor articulação com este contexto, para uma melhor efetivação da intervenção. A escola é, a par da família, o contexto primordial de desenvolvimento da criança, o local onde passa a maior parte do seu tempo e onde se podem evidenciar as problemáticas emocionais e comportamentais (Gonçalves, 2012).

Consoante as necessidades da criança outros locais podem ser contactados para lhes dar resposta, por exemplo quando existem famílias problemáticas, com poucos recursos, com falta de informação ou que constituam um risco para a criança. O CND pode contactar com associações da comunidade que possam ajudar as famílias nessas dificuldades ou, em situações mais graves, contactar com a CPCJ. A CPCJ visa promover os direitos da criança e prevenir ou acabar com situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou o desenvolvimento integral desta (CPCJ, s.d.).

Quando há sobreposição ou multiplicidade de intervenções, entre o acompanhamento público e o privado, também se tentam estabelecer prioridades conjuntas de intervenção e uma articulação entre os contextos, para uma melhor e maior evolução da criança.

Por último, a ligação à família é prioritária em todo o processo de intervenção, já que esta é um elemento natural e fundamental para o crescimento e bem-estar da criança, devendo a família receber a proteção e assistências necessárias para desempenhar adequadamente o seu papel (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989). Em todo o processo, a família tem direitos e deveres e é parte integrante das decisões definidas acerca da intervenção. A família é informada acerca das várias opções de tratamento disponíveis, são abordados os objetivos, benefícios, riscos e durabilidade da intervenção, e tem-se em conta a disponibilidade dos pais na definição do plano terapêutico. Outro aspeto a ter em conta é que é necessário respeitar as características individuais das crianças e das suas famílias, considerando as suas especificidades culturais, étnicas e espirituais. Às famílias problemáticas ou carenciadas deve ser dada uma atenção especial, no sentido de as conduzir para respostas mais ajustadas e que permitam a reorganização saudável do ambiente familiar.

Como se percebe pelo exposto anteriormente, a família é o principal pilar no desenvolvimento social e psicoafetivo da criança, tendo que estar sempre presente.

Deste modo, a relação entre os técnicos do CND e a família das crianças é próxima, uma vez que lhes é dada a possibilidade de assistir às consultas/sessões e de conversar com o profissional de saúde no fim das sessões, acerca da evolução e situação da criança em casa/escola ou nas sessões, acerca de dúvidas que surjam ou para o fornecimento de estratégias para lidar e trabalhar com a criança.

Em suma, para que a evolução da criança se processe de forma saudável e equilibrada é necessária a interação permanente de vários fatores, nomeadamente, família, grupo e comunidade à qual a criança pertence (Branco, 2010). Este paradigma suporta, assim, a necessidade efetiva que existe na articulação entre o CND e a família e comunidade, de modo a que seja possível uma abordagem completa às necessidades da criança.

### **5.5. Intervenção Psicomotora no CND**

No CND, o processo inicia-se com uma consulta médica, realizada por uma das Pediatras do Neurodesenvolvimento, que define, posteriormente, quais as avaliações que a criança deve fazer e, deste modo, para que técnico a deve encaminhar. Após a avaliação, a Pediatra responsável, juntamente com os técnicos que realizaram a avaliação, tomam a decisão relativamente ao apoio e intervenção que a criança necessita. A intervenção psicomotora, realizada pela TSEER, no CND é encarada como um apoio pontual e apenas elegível nos casos mais graves e urgentes, uma vez que o objetivo é diagnosticar a problemática da criança e os apoios de que necessita e encaminhá-la para uma intervenção fora do hospital. No ano letivo 2012/2013, uma vez que o hospital dispunha de dois estagiários de mestrado em Reabilitação Psicomotora e duas estagiárias de licenciatura na mesma área, foi possível dar apoio, no CND, a várias crianças com diferentes problemáticas, tendo sido escolhidas aquelas que necessitavam mais urgentemente de apoio e não o conseguiam obter fora do Centro.

A intervenção psicomotora no CND é um tipo de resposta considerada adequada às necessidades de qualquer criança que possa beneficiar de uma terapêutica que através do investimento corporal, da ação, da manipulação de objetos, da simbolização e de atividades expressivas possa melhorar a sua comunicação e organizar o pensamento. Assim, as crianças são encaminhadas para a intervenção psicomotora quando apresentam problemáticas de incidência corporal, cognitiva ou relacional, tais como: alterações da noção do corpo, perturbações da lateralização e estruturação espacio-temporal, dispraxias, problemas psicossomáticos, problemas de comportamento, dificuldades de comunicação e contacto, instabilidade psicomotora, dificuldades de processamento, dificuldades de atenção, entre outros (Gonçalves, 2012).

A intervenção psicomotora no CND assume, dependendo da especificidade dos casos, um carácter de <sup>(1)</sup>terapia, quando se destina a crianças com graves alterações cognitivas e/ou emocionais espelhadas num quadro patológico, de <sup>(2)</sup>educação, para crianças que estejam a desenvolver os fatores psicomotores, ou de <sup>(3)</sup>reeducação, no caso de crianças que estejam num processo de reaprendizagem após alterações nas funções (Oliveira, 2008, *cit. in* Dias, 2009).

A intervenção psicomotora no CND é, usualmente, individual, no entanto, existem alguns casos em que, pelas características das crianças, se considera que estas podem beneficiar de uma sessão conjunta. As sessões têm uma duração média de 50 minutos e são realizadas num dos gabinetes do CND, preferencialmente, no gabinete mais amplo, quando este se encontra disponível. Os gabinetes estão equipados com uma mesa e cadeiras pequenas, com uma secretária e cadeiras de tamanho normal e com armários com diversos tipos de materiais/jogos didáticos (e.g. puzzles, jogos de tabuleiro, bonecos e bolas, de diferentes cores, texturas e tamanhos), que podem ser utilizados durante a sessão de PM.

### III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

#### 1. Calendarização do estágio

O estágio teve início a 18 de outubro de 2012, tendo sido o primeiro dia apenas para apresentação do CND e da equipa técnica e de conversa informal entre a estagiária, a orientadora de estágio do CND e a orientadora académica. As sessões de observação e avaliação começaram a 22 de outubro e as sessões de intervenção um pouco mais tarde. O final do estágio, para efeitos do relatório, aconteceu no dia 14 de junho de 2013.

Em relação ao horário de estágio, este foi desenvolvido pela orientadora local do CND e pela estagiária, tendo em consideração o número de horas previstas pelo Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais e a disponibilidade dos técnicos que fazem parte do referido Centro. A organização do horário de estágio procurou dar resposta aos seguintes aspetos: acompanhamento maioritário de crianças com patologia do desenvolvimento avaliadas/intervencionadas pela TSEER; observação de crianças acompanhadas por técnicos de diversas áreas, nomeadamente, pelas Pediatras, pela TF e pela PE, de modo a obter uma visão mais eclética da avaliação e intervenção e absorver conhecimentos de outras áreas de intervenção; inclusão de momentos de observação/avaliação de casos; participação em reuniões relacionadas com a discussão de assuntos do CND e de discussão de casos clínicos e, por último, momentos de orientação e coordenação com a orientadora local.

O horário apresentado corresponde a uma aproximação do horário praticado pela estagiária, uma vez que, devido à disponibilidade das crianças acompanhadas, e para que estas não tivessem que faltar às sessões, por vezes, as horas e dias de sessão eram alterados. Os momentos de esclarecimento de dúvidas, de orientação e coordenação pela orientadora local foram concedidos sempre que solicitados pela estagiária, mesmo que fora do horário definido.

Tabela 1 – Horário de Estágio

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
9h – 10h	Sessões de avaliação/ observação	Tradução do “ <i>Think Aloud</i> ”          Relatório de Estágio	Reunião Coordenação		Sessões de avaliação/ Observação
10h – 11h					
11h – 12h					
12h – 13h				Reunião de Equipa	
13h – 14h					
14h – 15h	Intervenção F.F.	Trabalho estagiários	(14h30 – 15h30)	Intervenção L.P.	
15h – 16h	Intervenção J.C. e N.P.		Grupo Leitura e Escrita	Intervenção B.R.	
16h – 17h	Intervenção R.D. e R.V.		Grupo PHDA	Intervenção T.V. e G.T.	
17h – 18h					Intervenção D.T.

## 2. População apoiada

No decorrer do presente estágio foram acompanhadas seis crianças em contexto individual e quatro que, apesar de terem iniciado intervenção individual, acabaram por passar para uma sessão em grupo (T.V./G.T. e R.D./R.V.) com uma criança com características semelhantes às suas. Das crianças referidas, sete eram do género masculino e as restantes três do género feminino, com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos, e frequentando o Jardim de Infância ou o 1º ciclo do Ensino Básico, com exceção do B.R. que estava numa ama. Destas crianças, quatro foram encaminhadas para intervenção psicomotora por DA, duas por diagnóstico de MS e as restantes quatro, com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos, foram indicadas para intervenção por se considerar que corriam o risco de atraso no desenvolvimento, podendo assim beneficiar da IP, com o intuito de prevenir futuras dificuldades.

No que diz respeito ao diagnóstico, nem todas as crianças tinham um diagnóstico formal, apesar de apresentarem algumas características de determinadas patologias. Das crianças que tinham um diagnóstico bem definido: duas tinham o diagnóstico de MS, uma apresentava uma Perturbação da Linguagem Recetiva e Expressiva e uma tinha discalculia (associada a défice de atenção), as restantes apresentavam dificuldades de aprendizagem, de comportamento e/ou falta de estimulação. Uma das crianças apresentava ainda algumas características de PEA, não estando, no entanto, diagnosticada como tal. Das crianças acompanhadas, duas delas tinham apoio de TF e quatro tinham apoio de uma professora de Ensino Especial na escola. É de salientar que nem todas as crianças tiveram o mesmo número de sessões de intervenção, o que se deveu às diferentes datas de início da sua intervenção e/ou à falta de disponibilidade dos pais para as levarem às sessões.

Em seguida, serão apresentadas com maior pormenor todas as crianças acompanhadas.

### 2.1. Crianças acompanhadas

Na tabela que se segue serão discriminados alguns aspetos relevantes das crianças acompanhadas, nomeadamente a idade, diagnóstico (quando existe), especialidade de onde foram encaminhadas para a intervenção psicomotora, periodicidade da intervenção e áreas que receberam maior enfoque ao nível desta intervenção.

**Tabela 2 – Crianças Acompanhadas**

Identificação	Idade	Diagnóstico	Especialidade	Periodicidade da Intervenção	Áreas de Intervenção
<b>F.F</b>	7	Perturbação da Linguagem Expressiva e Recetiva	Educação Especial e Reabilitação (EER)	Semanal	Regulação do comportamento e competências académicas
<b>J.C.</b>	10	Discalculia (com défice de atenção)	EER	Quinzenal	Competências académicas

Identificação	Idade	Diagnóstico	Especialidade	Periodicidade da Intervenção	Áreas de Intervenção
<b>N.P.</b>	7	Mutismo seletivo	Psicologia	Quinzenal	Comunicação e competências sociais
<b>R.D.</b>	10		EER	Semanal	Competências acadêmicas e regulação do comportamento
<b>R.V.</b>	7		EER	Semanal	Regulação do comportamento e competências acadêmicas
<b>L.P.</b>	4	Mutismo seletivo	Psicologia	Semanal	Comunicação, competências sociais e pré-acadêmicas
<b>T.V.</b>	4		Terapia da Fala	Semanal	Competências sociais, regulação do comportamento, linguagem, competências pré-acadêmicas
<b>G.T.</b>	4		EER	Semanal	Competências sociais, regulação do comportamento e motricidade fina
<b>D.T.</b>	4		Terapia da Fala e EER	Semanal	Competências comunicativas e da linguagem, competências sociais e competências pré-acadêmicas
<b>B.R.</b>	3		Terapia da Fala	Semanal	Regulação do comportamento, competências comunicativas e linguagem, associações e conceitos básicos (tamanho, igual/diferente, posição espacial, cores)



Em relação ao R.V. e ao B.R., estas crianças deixaram de comparecer nas sessões, 3 meses e 2 meses, respetivamente, antes do término do estágio. As restantes crianças foram acompanhadas durante todo o período desde que deram entrada para a intervenção psicomotora até ao término do estágio.

A J.C., inicialmente, tinha sessões semanais, que passaram, posteriormente, a ser quinzenais, devido à falta de condições económicas dos pais para a levarem ao CND todas as semanas. O horário de sessão da J.C. passou a ser, quinzenalmente, preenchido pelo N.P.

A L.P. foi encaminhada para intervenção psicomotora com o intuito da estagiária estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança, de modo a ser possível aplicar-lhe a Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*. Após a aplicação da escala supracitada, esta criança continuou em intervenção com a estagiária, a pedido dos pais.

### **3. Objetivos e Atividades de estágio**

Os objetivos gerais do estágio são <sup>(1)</sup>a promoção das competências profissionais da estagiária, ao nível da avaliação, planificação e intervenção, <sup>(2)</sup>a sua integração e articulação com uma equipa multidisciplinar, <sup>(3)</sup>o estabelecimento de uma relação adequada com outros profissionais, com as famílias dos casos acompanhados e com a comunidade e <sup>(4)</sup>a participação ativa nas atividades desenvolvidas pela instituição de acolhimento.

Em relação à intervenção psicomotora, e especificamente no que se refere ao estudo de caso, os objetivos do estágio consistem em <sup>(1)</sup>realizar uma avaliação compreensiva das capacidades e necessidades da criança acompanhada, <sup>(2)</sup>desenvolver um plano de intervenção adequado, <sup>(3)</sup>planificar e implementar atividades pertinentes e <sup>(4)</sup>verificar se existiu, devido à intervenção, uma evolução positiva nas competências e/ou comportamento da criança.

De seguida, será discriminado o tipo de atividades realizadas pela estagiária no âmbito da intervenção psicomotora.

#### **3.1. Intervenção Psicomotora**

Para além das avaliações que a estagiária realizou (primeiramente supervisionada pela TSEER e depois autonomamente) através da Escala de Desenvolvimento de *Griffiths* e da Avaliação Psicopedagógica no período definido para as sessões de avaliação/observação, a estagiária fez intervenção psicomotora em duas tardes por semana. No que diz respeito à intervenção psicomotora propriamente dita, esta foi realizada pela estagiária, de acordo com a disponibilidade de gabinetes de consulta, assim, às 3<sup>as</sup> feiras a intervenção teve lugar no gabinete de consulta da TSEER, um gabinete mais pequeno e que apenas dispunha de luz artificial, e às 6<sup>as</sup> feiras a intervenção realizou-se no gabinete das Pediatras, mais amplo e com uma janela que permitia uma boa iluminação natural.

Aquando do início da intervenção, todas as crianças acompanhadas, com exceção da L.P., dispunham de avaliação prévia, referente a diferentes especialidades e instrumentos de avaliação. Na tabela que se segue encontra-se esquematizada a avaliação relativa a cada uma das crianças.

**Tabela 3 – Avaliação prévia das Crianças Acompanhadas**

<b>Avaliação</b>	<b>F.F.</b>	<b>J.C.</b>	<b>N.P.</b>	<b>R.D.</b>	<b>R.V.</b>	<b>B.R.</b>	<b>T.V.</b>	<b>G.T.</b>	<b>D.T.</b>
<b>Escala de Desenvolvimento Mental de <i>Griffiths</i></b>									
<b>Avaliação Psicopedagógica</b>									
<b>Terapia da Fala</b>									
<b>CARS</b>									
<b>WISC</b>									
<b>Outros instrumentos (avaliação exterior ao CND)</b>									

Com base na avaliação prévia, na informação recolhida junto dos pais e dos técnicos que tiveram contacto com as crianças, quer em contexto de consulta quer em contexto de avaliação, foram desenvolvidos planos de intervenção e planeadas sessões.

Algumas das crianças acompanhadas foram avaliadas pela estagiária em fevereiro de 2013, através da Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*, com o intuito de <sup>(1)</sup>promover uma maior facilidade na aplicação desta escala, <sup>(2)</sup>de atualizar a informação relativa às crianças em intervenção e de, em alguns casos, <sup>(3)</sup>colmatar lacunas em subescalas que não foi possível aplicar da primeira vez, devido às características ou falta de colaboração da criança (os relatórios de avaliação e os relatórios finais de intervenção realizados podem ser consultados no Anexo A e B, respetivamente, que se encontram em formato digital). A quatro das crianças não foi possível realizar esta avaliação, já que duas delas ultrapassavam a idade de aplicação da escala (apenas até aos 8 anos) e as outras duas tinham-na realizado no CND há relativamente pouco tempo.

As sessões de intervenção psicomotora levadas a cabo pela estagiária foram desenvolvidas tendo em conta a manutenção de um ambiente calmo dentro do gabinete e desprovido de estimulação (visual, auditiva) exterior excessiva, já que muitas das crianças acompanhadas tinham dificuldades em concentrar-se. De um modo geral, as sessões dividiam-se em três momentos: o de <sup>(1)</sup>diálogo inicial, o de <sup>(2)</sup>trabalho efetivo e o de <sup>(3)</sup>reforço. A criança só tinha direito ao momento de reforço, que poderia ser por exemplo um jogo escolhido por ela, se realizasse as atividades planeadas para a sessão, apresentando um comportamento adequado na mesma. Relativamente à predominância do tipo de intervenção – relacional ou instrumental – esta variou consoante os casos acompanhados. A intervenção psicomotora realizada com as crianças mais novas e com as que tinham um diagnóstico de MS teve uma incidência mais relacional e psicoafetiva, enquanto que a intervenção com as crianças com DA adquiriu um cariz mais instrumental, com maior enfoque nos aspetos motores e cognitivos. Uma vez que, como defende Martins (2001), estas duas correntes são complementares e não antagónicas, o ideal é a tentativa de combinação entre estas duas formas de intervenção, de modo a promover um ambiente lúdico, de exploração sensório-motora, de jogo simbólico e de representações, através do movimento e da regulação tónica.

De acordo com as características pessoais de cada criança e com as exigências das atividades da sessão, a forma de explicar as tarefas e as estratégias utilizadas durante a

realização da mesma diferiram. Para a explicação e posterior incentivo à realização das tarefas propostas foram utilizadas estratégias como a instrução verbal clara e concisa, a instrução visual, a descoberta guiada e a demonstração. Durante a realização da tarefa, e principalmente em situação de desmotivação da criança, foram usados os elogios e o período de pausa. Após a realização da tarefa, a criança recebia um *feedback* do seu desempenho, para se sentir motivada ao perceber o que fez bem e, por outro lado, melhorar os aspetos em que não atingiu o desempenho pretendido. O reforço positivo/recompensa é dado no fim da atividade, como já foi referido, e apenas se a criança realizar o planeamento proposto para a sessão.

No que se refere às áreas de intervenção estas estiveram relacionadas com as necessidades e idade de cada criança. No âmbito pessoal e social foram trabalhadas estratégias de regulação/adequação do comportamento da criança no dia-a-dia e na relação com o outro, formas de aumentar a autonomia no trabalho e nas atividades de vida diária e estratégias para a resolução de problemas. No que diz respeito à motricidade foram trabalhadas a motricidade fina, com especial incidência nos aspetos relacionados com a preensão, controlo e destreza-manual e competências grafomotoras, e a motricidade global, especialmente a coordenação óculo-manual e óculo-pedal. Em relação às competências comunicativas e à linguagem foi incentivada a expressão oral e a interação verbal, a consciência fonológica, o vocabulário e ainda aspetos da leitura (descodificação, entoação, fluência, velocidade e compreensão leitora), da escrita (caligrafia, regras ortográficas, produção de palavras simples e frases curtas, correção ortográfica) e conceitos relacionados com objetos, animais, ações, forma, tamanho, cor, quantidade, igualdade e localização espacial. Ao nível cognitivo foram trabalhados aspetos relacionados com a memória e a atenção, aspetos do raciocínio lógico, sequenciação, categorização e sentido de número, generalização e conceitos referentes à quantidade, igualdade, localização espacial, cor, forma e tamanho.

### **3.2. Relação com outros profissionais, família e escola**

A intervenção psicomotora desenvolve-se no seio de uma equipa multidisciplinar, sendo necessário um contacto constante, e não pontual, entre a equipa, e principalmente entre os profissionais que contactam diretamente com a criança. O trabalho na área da PM exige uma relação humana e empática entre o indivíduo e o terapeuta, bem como trabalho de equipa, com especialistas de várias ciências médicas e sociais (Santos, s.d., *cit in* Branco, 2010). Segundo João dos Santos (1983, *cit in* Branco, 2010), a observação periódica, o diagnóstico clínico e a intervenção devem ser realizados em equipa, caso contrário, a reeducação das problemáticas e a sua integração no quotidiano não irá abranger os pontos necessários, acabando por falhar.

A prática psicomotora no CND seguiu os moldes expostos anteriormente, uma vez que existiu, sempre que pertinente e necessário, um contacto entre a estagiária e os profissionais de diferentes especialidades que acompanhavam ou tinham tido contacto no passado com a criança em intervenção. Esta relação próxima entre equipa e estagiária foi incentivada e mantida nas várias ações que decorreram durante o ano letivo. Deste modo, foi possível à estagiária não só discutir (com as Pediatras, a TSEER, a TF e a PE) assuntos relacionados com as crianças acompanhadas, como também participar nas reuniões de equipa semanais, em que eram discutidos casos clínicos e em que, pontualmente, foi pedido à estagiária que apresentasse a informação de algumas conferências/formações a que assistiu. Além destas apresentações, foram ainda solicitados à estagiária trabalhos tais como questionários de rastreio para os pais das crianças que se encontravam na enfermaria do HBA, tradução de um programa de intervenção no âmbito da PHDA e material para as sessões de aplicação do mesmo,

elaboração de um livro de estratégias para pais e professores de crianças com SA e elaboração de material decorativo para as épocas festivas.

No que diz respeito à relação com a família, esta foi estabelecida durante a avaliação das crianças e por conversa informal no final das sessões de intervenção. A relação direta com a escola, contactando-a ou respondendo a contactos desta, estabeleceu-se pontualmente, sendo a informação escola-estagiária, e vice-versa, transmitida pelos pais das crianças em intervenção. Esta troca de informação entre o técnico responsável pela intervenção e a escola permite responder às evoluções e retrocessos da criança, conhecer o seu funcionamento em cada contexto e, em conjunto, definir estratégias uniformes de diálogo e interação.

#### **4. Planeamento da intervenção**

A participação nas sessões de avaliação organizou-se do seguinte modo: Inicialmente, a estagiária apenas assistia à avaliação, para se familiarizar com o instrumento de avaliação utilizado e a sua forma de aplicação. Numa segunda fase, a estagiária passou a fazer a sua própria cotação, comparando depois os resultados obtidos com os da TSEER. Numa fase final, a estagiária teve oportunidade de aplicar as provas com supervisão da TSEER e, finalmente, ficou encarregue de realizar algumas avaliações autonomamente. Foram aplicadas provas de Avaliação Psicopedagógica, bem como a BAPAE e a Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*. Em várias ocasiões, a estagiária participou na elaboração do relatório de avaliação da criança, sendo discutida com a TSEER a análise realizada pela estagiária e, depois de corrigida, incluída no respetivo relatório.

A maioria das crianças acompanhadas pela estagiária foram avaliadas pela mesma, sem supervisão, através da Escala de Desenvolvimento de *Griffiths* e foram realizados os respetivos relatórios (os relatórios de avaliação podem ser consultados no Anexo A, que se encontra em formato digital).

No que diz respeito às sessões de intervenção realizadas pela TSEER, a estagiária assistiu sempre que possível e participou ativamente, quando solicitada. Uma das crianças acompanhadas pela estagiária começou a intervenção no CND com a TSEER, tendo posteriormente passado para intervenção com a estagiária. Neste caso, a estagiária observou as sessões realizadas pela TSEER e a transição foi feita gradualmente, de modo a que a criança se habituasse à estagiária. Assim, primeiramente, a estagiária apenas observou as sessões, depois passou a sugerir atividades e a participar na sua realização, finalmente, passou a planear e implementar a sessão por inteiro, inicialmente com supervisão e depois autonomamente.

Durante todo o processo de intervenção em sessões ou avaliações existiu disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, tanto acerca de aspetos relacionados com a cotação e aplicação das provas como no que diz respeito às abordagens de intervenção nas DAE, no MS e no âmbito da IP.

##### **4.1. Contextos de intervenção**

Em relação ao contexto de intervenção, este restringiu-se a dois gabinetes de consulta do CND, preferencialmente o gabinete mais amplo e luminoso. Ambos os gabinetes têm poucos estímulos visíveis (paredes brancas, com reduzida decoração e o material arrumado num armário), para diminuir os estímulos potencialmente distratores e

direcionar mais facilmente a criança e a sua atenção para as tarefas propostas. A organização das atividades e do espaço necessário à realização das mesmas variou, tendo em conta o momento da sessão, a idade e problemática da criança e os objetivos a trabalhar. As crianças tinham sessão sempre no mesmo gabinete e à mesma hora (exceto compensações) proporcionando esta consistência no contexto de intervenção (físico e temporal), às crianças mais novas, um espaço seguro onde as aprendizagens são facilitadas, e às crianças mais velhas, segurança e autonomia.

No caso da intervenção psicopedagógica, com as crianças com DAE, esta é realizada no gabinete da TSEER, usualmente de um para um (exceptuando o caso do R.D. e do R.V., cuja sessão era conjunta). A sala é luminosa (artificialmente) e possui uma zona de trabalho, composta por uma secretária e cadeiras de tamanho normal, onde o técnico e a criança se sentam frente a frente. Esta sala onde é realizada a intervenção possui ainda armários com vários livros e jogos, alguns relacionados com as competências académicas, e que por vezes são usados para a sessão, e outros a que a criança pode ter acesso no final da sessão, no momento de reforço. A sessão de intervenção nas DAE segue uma organização simples em que, ao chegar, a criança se senta na cadeira em frente ao técnico e, numa primeira fase, estabelece um diálogo com o técnico, relatando os acontecimentos da escola, os resultados dos testes, a matéria trabalhada na aula e outros acontecimentos significativos para ela. De seguida, são realizadas as tarefas planeadas pela estagiária, relacionadas com as competências académicas e, sempre que possível, com um carácter lúdico. No final da sessão, caso a criança tenha realizado o trabalho pretendido, manifestando um comportamento adequado, tem direito a escolher um jogo, sendo os mais utilizados os que trabalham competências como a memória, percepção, atenção e coordenação.

Nas sessões das crianças com MS ou de intervenção no âmbito da IP o espaço eleito é o chão ou as cadeiras e mesas pequenas, adaptadas à estatura da criança. No entanto, a estrutura da sessão é a mesma: diálogo inicial, momento de trabalho e reforço. No caso das duas crianças com MS o diálogo inicial não faz parte da sessão, uma vez que estas crianças não devem ser forçadas/pressionadas para falar. Apesar disso, o diálogo é incentivado durante toda a sessão.

## **4.2. Avaliação**

O termo “avaliação” pode ser definido como um processo que consiste em reunir informação, com o objetivo de despistar, verificar e especificar comportamentos e competências do indivíduo, de modo a facilitar a tomada de decisões acerca do mesmo (Salvia & Ysseldyke, 1991). Segundo Fonseca (2008), a avaliação psicomotora envolve um processo de recolha de dados utilizados para esclarecer e identificar a existência de dificuldades motoras e cognitivas, com frequentes repercussões no desempenho académico, no relacionamento interpessoal e na personalidade do indivíduo.

No CND o percurso das crianças, usualmente, tem início numa primeira consulta de desenvolvimento, onde é realizado o despiste e recolha de grande parte da informação da anamnese pela Pediatra que, de seguida, encaminha o caso para avaliação por um técnico especializado na área pretendida. Após a avaliação, os técnicos envolvidos no processo de avaliação da criança reúnem-se para analisar os resultados e elaborarem o relatório. A entrega do relatório, a discussão do diagnóstico, a explicação das provas realizadas e dos resultados, bem como a abordagem dos recursos disponíveis para dar resposta às necessidades da criança, é feita numa reunião agendada com os pais.

Em relação ao espaço da avaliação, esta decorre no gabinete da técnica responsável pela mesma, estando os pais presentes na maioria dos casos, para proporcionar uma maior segurança à criança. No entanto, existem casos em que os pais referem que a criança colabora menos ou se sente mais agitada com a sua presença, sendo assim benéfico que a criança seja avaliada sozinha.

#### **4.2.1. Modelos e Instrumentos de avaliação utilizados**

Em seguida, será feita uma breve descrição dos modelos e instrumentos de avaliação utilizados pela TSEER, sendo de salientar que nem todos os instrumentos se encontram validados para a população portuguesa, pelo que a interpretação dos resultados é feita com referência a critério.

##### **4.2.1.1. Observação informal**

No CND, para além das provas aplicadas, é sempre tida em conta a observação que se faz da criança durante a aplicação das mesmas ou quando esta se encontra a explorar livremente o gabinete de avaliação e o material disponível, enquanto os pais são entrevistados.

A observação consiste num método de recolha de dados destinados a representar a realidade com a maior fidelidade possível, fornecendo ao técnico uma imagem objetiva e permitindo-lhe distinguir formas habituais e inabituais de ação (Gonçalves, 2012). Deste modo, também na avaliação em PM a observação é um ponto importante, apesar desta observação se afastar das observações neurológicas e psicológicas clássicas, uma vez que em PM a observação se centra numa interação e reciprocidade entre o observador e o observado (a criança) (Fonseca, 2007). Segundo Costa (2008), a observação psicomotora procura definir a personalidade psicomotora da criança, relacionando o produto motor observado com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes. A observação psicomotora deve permitir verificar: <sup>(1)</sup>a adaptação da criança às situações, <sup>(2)</sup>se o nível de execução apresenta dificuldades, <sup>(3)</sup>se a velocidade de execução altera a adaptação emotiva posta em jogo, <sup>(4)</sup>se a fadiga altera a execução, <sup>(5)</sup>o ajustamento às situações propostas (e.g. ritmo, memorização), <sup>(6)</sup>se a inibição impede o desenrolar da ação, <sup>(7)</sup>se há alteração profunda da atividade espontânea, <sup>(8)</sup>se existe hesitação na lateralização e <sup>(9)</sup>se existem estereotipias e tiques, entre outros. Com base nestes dados é possível traçar um perfil de dificuldades, reorganizar e adaptar a intervenção psicomotora à criança (Fonseca, 1995).

##### **4.2.1.2. Entrevista**

A entrevista consiste num instrumento de obtenção de informação, bem como num instrumento de base em avaliação, sendo esta frequentemente utilizada em contexto clínico. No CND realiza-se a entrevista de acolhimento e de estudo de caso, a primeira é utilizada para perceber quais são as razões do pedido de ajuda, as queixas, as preocupações atuais e as expectativas e percepções sobre as mesmas, enquanto a segunda tem como objetivo a recolha de dados da anamnese (Leal, 1999). Na anamnese devem constar: <sup>(1)</sup>os dados de identificação da criança e os dados do agregado familiar, <sup>(2)</sup>dados relativos às etapas de desenvolvimento (gravidez, condições do parto, psicomotricidade) <sup>(3)</sup>quem fez a referência e por que motivo, <sup>(4)</sup>a história familiar e os dados sobre a habitação, <sup>(5)</sup>informações sobre o estado de saúde e história educativa da criança, <sup>(6)</sup>informações sobre as avaliações/apoios de que a criança já tenha usufruído e,

por último, <sup>(7)</sup>informações relativas ao envolvimento social e comportamento adaptativo da criança. Estes dados são recolhidos junto dos pais da criança e são importantes para a compreender em todos os contextos (escolar, social e familiar).

#### 4.2.1.3. Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*

Esta escala foi inicialmente desenvolvida por *Ruth Griffiths*, em 1970, e é um instrumento de avaliação do desenvolvimento, sendo aplicável a crianças desde o nascimento até aos oito anos de idade. Esta escala está dividida em duas partes, consoante a idade das crianças, assim existe uma escala para crianças dos 0 – 2 anos e outra para crianças dos 2 – 8 anos. A primeira escala foi revista em 1996 e a segunda em 2006, tendo ambas sofrido alterações. A escala engloba seis subescalas:

A. Locomoção – provas que consistem na avaliação de habilidades do desenvolvimento locomotor (motricidade global);

B. Pessoal-Social – provas em que são avaliados os fatores emocionais, competências de vida diária, adaptação e interação social;

C. Audição e Linguagem – provas que avaliam o nível de desenvolvimento da linguagem (expressiva e compreensiva);

D. Coordenação olho-mão – provas em que são avaliadas competências relacionadas com o desenvolvimento da coordenação óculo-manual e motricidade fina;

E. Realização – provas que avaliam a percepção visual, manipulação de objetos e atenção;

F. Raciocínio Prático – provas que avaliam a capacidade de resolução de problemas, a memória auditiva, a orientação espacial e o cálculo (Luiz *et al.*, 2007).



Figura 2 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 0 – 2 anos



Figura 3 – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths dos 2 – 8 anos

A última subescala supracitada apenas é aplicada dos 2 – 8 anos. A aplicação da escala demora entre 60 a 90 minutos e deve ser completada numa única sessão. Os itens da escala são avaliados através de atividades propostas à criança, sendo o grau de dificuldade das mesmas crescente. A Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths* fornece informação não só acerca do desempenho da criança em cada subescala mas também em termos de desenvolvimento global (Luiz *et al.*, 2007).

#### 4.2.1.4. Avaliação Psicopedagógica

A Avaliação Psicopedagógica realizada no contexto do CND é constituída por um conjunto de atividades recolhidas e adaptadas pela TSEER do Centro, sendo algumas destas atividades realizadas entre a técnica e a criança e outras apenas pela criança. Este instrumento de avaliação permite definir o perfil de competências da criança classificando, como “adequados” ou “com dificuldades”, os seguintes parâmetros: <sup>(1)</sup>atenção (focalizada e conjunta), <sup>(2)</sup>impulsividade (controlo da impulsividade), <sup>(3)</sup>ritmo de trabalho, <sup>(4)</sup>memória auditiva (repetição e inversão de dígitos e repetição de pseudopalavras e de frases), <sup>(5)</sup>evocação verbal (mediador semântico e fonético), <sup>(6)</sup>consciência fonológica, ao nível da rima (reconhecimento, identificação e produção de

rimas), da sílaba (reconstrução e segmentação silábica, classificação com base na sílaba inicial e supressão da sílaba inicial) e do fonema (reconstrução e segmentação fonêmica, classificação com base no fonema inicial e supressão do fonema inicial), <sup>(7)</sup>leitura (precisão, velocidade e compreensão), <sup>(8)</sup>escrita (precisão e produção escrita) e, por fim, <sup>(9)</sup>cálculo (noção de número, aritmética e resolução de problemas). A BAPAE, aplicada até aos 8 anos (e apenas a partir dos 6 anos), também faz parte da Avaliação Psicopedagógica, estando esta Bateria organizada de forma a avaliar a compreensão verbal (vocabulário), a aptidão numérica (conceitos quantitativos e utilização de números) e a aptidão perceptiva e espacial (relações espaciais, constância da forma e orientação espacial) (Guedes, 2010).

## **5. Processo de intervenção – Estudo de Caso**

Como modelo exemplificativo de todo o processo que envolveu a intervenção em PM, apresenta-se o seguimento de um caso. A criança esteve em acompanhamento individual, sendo as suas dificuldades no âmbito da regulação do comportamento e das competências académicas. A criança presente neste estudo de caso será denominada de F.F.

A F.F. iniciou a intervenção com a estagiária a 7 de janeiro de 2013, com acompanhamento semanal às segundas-feiras às 14h. A criança foi relativamente assídua, tendo-se realizado 17 sessões com esta criança.

As informações apresentadas em seguida foram recolhidas junto da mãe da criança, a partir do processo clínico e das avaliações realizadas. Assim, apresenta-se o historial clínico da criança (em que serão abordados aspetos como a história de desenvolvimento e familiar, a história educativa e o comportamento e relacionamento interpessoal), o processo e resultados da avaliação inicial, o plano de intervenção que resultou dessa mesma avaliação, a organização das sessões planeadas, a avaliação qualitativa dos resultados obtidos do processo de intervenção e, finalmente, algumas recomendações, no sentido de dar continuidade ao trabalho realizado.

### **5.1. Dados da Anamnese**

A F.F. é uma criança do género feminino, nasceu a 11 de maio de 2005 e é a segunda filha de um casal de 37 anos, tendo um irmão de 12 anos, sem quaisquer dificuldades. A F.F. nasceu às 40 semanas, de parto distócito (cesariana) por incompatibilidade feto-pélvica, com o peso de 3,970 Kg, 49 cm de comprimento e Índices de Apgar de 9 e 10, ao 1º e 5º minutos de vida, respetivamente, não sendo referidas quaisquer complicações neo-natais.

Do historial de saúde, a par de situações consideradas habituais na infância (algumas otites e constipações), desde os quatro anos de idade que a F.F. é considerada obesa. Por este motivo, foi observada por um nutricionista, não tendo estas consultas continuidade, uma vez que, segundo a mãe, o problema não reside na alimentação. Foram ainda realizados exames para se perceber o porquê do excesso de peso, mas estes revelaram-se inconclusivos. A F.F. usa óculos, uma vez que tem hipermetropia bilateral assimétrica. Dos antecedentes familiares da criança é de referir o historial de diabetes.

No que se refere ao desenvolvimento psicomotor, a aquisição da marcha decorreu dentro dos parâmetros normativos. Quanto à linguagem, as primeiras palavras surgiram aos dois anos e as primeiras frases aos três anos, sendo referido pela mãe que quando a F.F.



começou a falar era “trapalhona”, não tendo as dificuldades de articulação desaparecido ao longo do tempo.

A F.F. vive com os pais e o irmão (família nuclear) e ficou ao cuidado da mãe até aos quatro meses, tendo depois estado com amas até aos quatro anos de idade, altura em que entrou para o Jardim de Infância. Tendo em conta informações relativas ao Jardim de Infância, verifica-se que, já nessa altura, a F.F. revelava ser uma criança tímida, reservada e com pouco iniciativa, apesar de a adaptação ter sido boa. A F.F. apresentava dificuldades ao nível da fala (na articulação, organização da frase e conteúdo), bem como um grande desconhecimento de coisas básicas para a idade, nomeadamente saber dizer o nome de algumas cores, o seu próprio nome e idade. No Pré-escolar, continuam a ser referidas dificuldades ao nível do raciocínio, lógica, interpretação e memorização. Todavia, é referido pela Educadora de Infância que a F.F. foi ganhando mais confiança em si mesma e capacidade de resolução das atividades propostas, realizando novas aprendizagens. A F.F. iniciou o 1º Ciclo do Ensino Básico aos seis anos, tendo ficado retida no 1º ano. Segundo informações escolares recolhidas, a F.F. revelou-se uma aluna pouco autónoma na aprendizagem, inibida (permanecendo muitas das vezes calada, sem responder às questões que lhe eram colocadas) e com dificuldades em todas as áreas de estudo. A F.F. apresentava dificuldades na Língua Portuguesa, nomeadamente na identificação das consoantes e ainda de algumas vogais e, por consequência, não conseguia desenvolver a leitura e a escrita. Na Matemática revelava dificuldades no cálculo mental, na resolução de situações problemáticas simples e na identificação de números a partir do dez. A F.F. demonstrava ainda alguma falta de atenção e concentração nas aulas, não se conseguindo abstrair do que a rodeia. Apesar dos aspetos referidos, a criança revelava-se empenhada, mostrando-se frustrada e/ou desistindo facilmente das tarefas quando não as conseguia realizar.

A F.F. foi avaliada na REDES (Centro Comunitário de Apoio Psicológico e Pedagógico) de março a maio de 2012. Nesta avaliação as provas/instrumentos aplicados foram: *WISC-III*, Figura Complexa de *Rey* – Forma B (Prova grafo-percetiva), CPM47 (Matrizes Coloridas Progressivas de *Raven*), CAS (Cognitive Assessment System – análise qualitativa das subescalas de atenção e planeamento), *Reversal Test* (Prova de discriminação perceptiva), *Boehm* (Teste de Conceitos Básicos), Leitura e Escrita de letras, palavras e Compreensão verbal de texto, Desenho da Figura Humana (Teste de Inteligência e Avaliação da Imagem Corporal), Teste Desenho da Família (Avaliação dos aspetos afetivos, dos sentimentos que experimenta e de como se posiciona dentro da família) e C.A.T. – A (Teste de Aperceção Temática Infantil). Para avaliação da linguagem e de todas as suas áreas adjacentes foram utilizadas as seguintes provas/instrumentos: Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar (GOL-E), Teste de Articulação Verbal, prova de Discriminação Auditiva de Pares Mínimos, bem como provas informais e a análise do discurso espontâneo.

A partir da avaliação efetuada, constatou-se que a F.F. apresentava um desempenho cognitivo inferior, nomeadamente nas áreas da linguagem, raciocínio verbal e abstrato. Ao nível da fala e da linguagem, concluiu-se que a F.F. apresentava um atraso em todas as componentes da linguagem, compatível com Atraso no Desenvolvimento da Linguagem. No entanto, não sendo este atraso justificado por Défice Cognitivo, enquadra-se numa Perturbação da Linguagem Recetiva e Expressiva. Na consulta de desenvolvimento do HBA, após a aplicação do Questionário de *Conners* (revisto e adaptado pelo CND) e da ficha de “Critérios do DSM IV de PHDA” (adaptada pelo CND), a Pediatra da F.F. manteve o diagnóstico supracitado, referindo ainda que a criança é muito distraída, pouco expressiva, ansiosa, insegura e imatura.

No ano letivo 2012/2013, durante o qual intervenção psicomotora teve lugar, a F.F. encontrava-se a frequentar o 2º ano de escolaridade (acompanhando, no entanto, a turma de 1º ano) tendo apoio semanal (1x por semana) de uma professora do Ensino

Especial na escola e apoio, com a mesma frequência, no HBA, com a estagiária de Reabilitação Psicomotora. A F.F. ia às sessões no hospital acompanhada pela mãe, no entanto, esta não estava presente durante as mesmas.

No que diz respeito às sessões de PM no CND e ao comportamento da F.F. nas mesmas, a criança pode ser descrita como tímida e emocionalmente instável, sendo o seu comportamento e atitudes variáveis ao longo das sessões e, por vezes, na mesma sessão. Inicialmente, e por ter consciência das suas dificuldades, a F.F. mostrou-se relutante em realizar as tarefas propostas, que incidiam nessas dificuldades (de identificação das letras, leitura e escrita). Depois de estabelecida uma relação de confiança com a técnica, a F.F. passou a participar nas tarefas, sendo, no entanto, uma criança que precisa de *feedback* e encorajamento constantes para prosseguir na tarefa, revelando-se muito insegura. Quando não conseguia realizar a tarefa proposta, ou tinha muita dificuldade logo de início, a F.F. desistia facilmente, mostrando-se frustrada e deixando de estabelecer qualquer tipo de contacto (verbal e ocular) com a técnica.

## 5.2. Instrumentos e condições de avaliação

A avaliação foi realizada durante o mês de fevereiro, após um contacto inicial de um mês com a criança e depois de estabelecida uma relação com a mesma. A avaliação decorreu no gabinete da TSEER, onde eram desenvolvidas as sessões com a criança, e as atividades foram apresentadas de forma lúdica e informal, de modo a que a criança não se sentisse ansiosa e o seu desempenho não fosse prejudicado. Os dados recolhidos durante esta avaliação foram registados de imediato, para que os resultados não fossem comprometidos, e a sua análise foi realizada posteriormente.

Uma vez que a F.F. dispunha de avaliações anteriores (relativamente recentes) que iam de encontro aos aspetos avaliados pela Avaliação Psicopedagógica não se considerou pertinente a aplicação desta prova. A F.F. foi, assim, avaliada pela Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*, dos 2 – 8 anos, tendo as questões relativas ao domínio Pessoal-Social sido colocadas à figura materna. A aplicação desta escala foi realizada durante uma sessão de 90 minutos.

## 5.3. Resultados da avaliação inicial

Em seguida serão apresentados os dados recolhidos durante a avaliação da criança, bem como junto da sua família (o relatório de avaliação inicial pode ser consultado no Anexo A, que se encontra em formato digital).

Durante a aplicação do instrumento de avaliação, a F.F. estabeleceu uma boa relação com a avaliadora, mostrando-se cooperante e interessada nos materiais e tarefas propostas.

De acordo com a observação da criança durante a aplicação da escala e dos resultados obtidos foi possível concluir que:

- Na Área da Locomoção (A), a F.F. é capaz de correr de forma adequada, de subir e descer escadas a correr, de saltar por cima dos blocos de espuma e em comprimento, de atirar uma bola ao ar e ao chão e apanhá-la de seguida, de saltar à corda e de correr para dar um pontapé numa bola. A F.F. apenas consegue andar de bicicleta com rodinhas e não é capaz de tocar nos dedos dos pés sem dobrar os joelhos.

- Na Área Pessoal e Social (B), é de salientar que a criança ajuda em pequenas tarefas domésticas, arruma os seus brinquedos e responde a questões relacionadas com a própria, nomeadamente, nome próprio, apelido, sexo e idade, não sabendo, no entanto, a sua morada completa, nem data de aniversário. No que diz respeito à autonomia, é capaz de se despir e vestir sozinha, escolhendo as suas roupas, e de se calçar, não conseguindo atar os atacadores. A criança escova os dentes, toma banho e come de forma autónoma. A F.F. aparenta ser uma criança sociável, que brinca com as outras crianças e tem um amigo preferido na escola.
- Na Área da Audição e Linguagem (C), a criança nomeou a maioria dos objetos com base nas imagens e falhou apenas o nome de um dos objetos reais que lhe foram mostrados, referindo corretamente a função dos mesmos, e expressando-se através de frases com mais de 10 sílabas mas pobres em pronomes pessoais e possessivos. Na descrição da imagem grande, a F.F. começou por a descrever identificando algumas figuras e utilizou apenas duas frases descritivas. A criança nomeou todas as cores, bem como semelhanças e diferenças, identificou apenas 13 letras maiúsculas e respondeu a cinco das perguntas de compreensão.
- Na Área da Coordenação olho-mão (D), a F.F. construiu a torre e realizou os enfiamentos com sucesso, desenhou a figura humana e a casa com algum pormenor e mostrou-se competente nas tarefas que envolviam grafismos e maior precisão, nomeadamente, a cópia de figuras, de letras e de números, bem como o recorte do quadrado de papel.
- A Área da Realização (E), ou Cognição Não Verbal, é a área forte da criança, tendo esta realizado todos os encaixes e padrões de cubos corretamente e num bom tempo. A F.F. realizou também com sucesso as tarefas de arrumar os cubos na caixa e colocar a tampa, arrumar os cubos coloridos nas caixas respetivas, contruir uma escada com cubos e fazer uma ponte por onde passar o comboio. No entanto, a criança não conseguiu construir o modelo superior da ponte.
- Na Área do Raciocínio Prático (F), a F.F. demonstrou desconhecimento relativamente ao significado dos conceitos “direita/esquerda”, “comprido/curto” e “pesado/leve” e dificuldades na distinção entre “manhã/tarde”. A criança consegue contar até 29, no entanto, tem dificuldades na contagem decrescente a partir de 20. A F.F. identificou o dinheiro, bem como o item mais caro e o mais veloz, comparou o comprimento, peso e tamanho dos objetos apresentados, revelou conhecer o significado de “alto/baixo” e distinguir entre “certo/errado”, sabe os sete dias da semana e quantos dedos tem nas duas mãos.

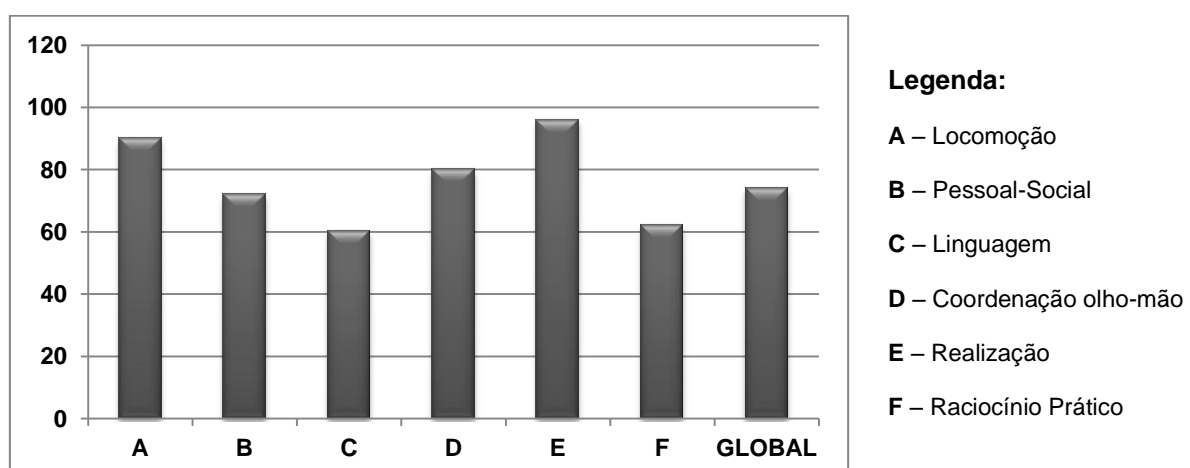
Relativamente à análise quantitativa dos resultados obtidos, esta permite obter, entre outros dados, os percentis e a idade mental da criança nas diferentes subescalas e a idade mental global. Estes resultados são apresentados em seguida, na tabela 4.

**Tabela 4** – Resultados obtidos na Escala de Desenvolvimento de Griffiths

Subescalas	A	B	C	D	E	F
<b>Secção I</b>	12	12	12	12	12	12
<b>Secção II</b>	12	12	12	12	12	12
<b>Secção III</b>	34	36	32	36	36	36
<b>Secção IV</b>	36	24	22	32	30	20
<b>Totais dos Resultados brutos</b>	94	84	78	92	90	80
<b>Percentil</b>	41	1	<1	30	87	<1
<b>Idade Mental</b>	7A 6M (90 M)	6A (72 M)	5A (60 M)	6A 8M (80 M)	>8A (>96 M)	5A 2M (62 M)
<b>Idade Cronológica</b>	<b>7A 9M</b> (93 M)					
<b>Idade Mental Global</b>	<b>6A 2M</b> (74 M)					

De acordo com os dados obtidos, a F.F. apresenta um desenvolvimento que se situa no percentil 1 ou abaixo deste em três subescalas, sendo a sua idade de desenvolvimento (74 meses) significativamente inferior à sua idade cronológica (93 meses).

O Perfil de Desenvolvimento tendo em conta cada subescala apresenta-se na figura 4, que se segue.



**Figura 4** – Perfil de Desenvolvimento de acordo com a Idade Mental de cada subescala

Com base nos resultados da figura 4, podemos verificar que as áreas que apresentam um atraso mais significativo em termos de desenvolvimento relativamente à idade

cronológica são as da Linguagem, Raciocínio Prático e Autonomia Pessoal-Social, enquanto a área forte é a Realização.

Tendo em conta os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths* e as informações acerca do comportamento e desenvolvimento da F.F., conclui-se que esta apresenta um atraso significativo no desenvolvimento de quase todas as áreas, em comparação com a sua idade cronológica. As áreas mais críticas são a Linguagem e o Raciocínio prático, enquanto as áreas em que revela maior competência são as da Realização e Locomoção.

#### **5.4. Planeamento da intervenção**

A partir das informações obtidas da aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths* e de todas as outras informações formais (avaliações anteriores) e informais (referidas pela figura materna em conversa informal) recolhidas sobre a F.F. foi realizado o seu Plano de Intervenção, suficientemente abrangente para incluir múltiplas áreas em que a criança apresentava dificuldades.

O plano de intervenção reflete os objetivos que a técnica delineou para a F.F. trabalhar nas suas sessões, bem como objetivos futuros. O principal objetivo deste plano era conseguir, através das dificuldades evidenciadas nas avaliações, traçar um conjunto de competências essenciais para desenvolver as áreas académicas da criança.

##### **5.4.1. Plano de intervenção**

O plano de intervenção está organizado de acordo com os seguintes domínios: autoestima e autoconceito, gestão do comportamento, funções executivas (atenção e memória), linguagem oral, consciência fonológica e aprendizagens académicas (leitura e escrita). Depois de reformulado com a ajuda da TSEER, este foi o plano de intervenção final:

### Plano de Intervenção Psicomotora

Área de Intervenção		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (A criança deve ser capaz de: )
<b>Autoestima e Autoconfiança</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autoimagem e o autoconceito;</li> <li>- Melhorar a visão que a criança tem de si e das suas capacidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enumerar três coisas que gosta em si e cinco tarefas/atividades que é capaz de realizar com facilidade;</li> <li>- Realizar as atividades propostas autonomamente, sem necessitar de incentivo constante por parte da técnica.</li> </ul>
<b>Gestão do comportamento</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de lidar com a frustração/insucesso;</li> <li>- Diminuir a frequência dos “períodos de silêncio”;</li> <li>- Promover o autocontrole.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não desistir da tarefa à primeira tentativa, apesar de ter dificuldade na sua realização;</li> <li>- Expressar o que sente à técnica, ao invés de ficar calada, recusando-se a realizar a tarefa proposta;</li> <li>- Pedir ajuda, se dela necessitar.</li> </ul>
<b>Funções executivas</b>	<b>A t e n ç ã o</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o tempo de atenção e permanência na tarefa;</li> <li>- Aumentar a capacidade de focalização da atenção;</li> <li>- Diminuir a distratibilidade a estímulos exteriores;</li> <li>- Promover a compreensão de instruções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completar a tarefa, sem interrupções, e sem necessitar de ser chamada à atenção por se dispersar com estímulos exteriores;</li> <li>- Enunciar o objetivo/instruções da tarefa (após lhe terem sido explicados) e realizar a tarefa em tempo adequado, abstraindo-se dos estímulos distráteis do exterior.</li> </ul>

Área de Intervenção		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (A criança deve ser capaz de: )
<b>Funções executivas</b>	<b>M e m ó r i a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar a memória visual e auditiva;</li> <li>- Aumentar o tempo de retenção da informação (visual, auditiva) nos vários tipos de memória (de trabalho, de curto, médio e longo prazo);</li> <li>- Aumentar a quantidade de informação (visual, auditiva) retida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir informação/instruções imediatamente após lhe terem sido transmitidas;</li> <li>- Contar como foi o seu dia, fim-de-semana ou a sessão anterior;</li> <li>- Identificar quais as atividades, jogos e livros que já foram utilizados durante as sessões;</li> <li>- Identificar qual a sala em que se realizam as sessões e lembrar o nome da técnica que as realiza.</li> </ul>
<b>Linguagem Oral</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a construção frásica;</li> <li>- Promover o uso de vocabulário diversificado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produzir frases sintaticamente corretas (Sujeito + Predicado + Complemento);</li> <li>- Produzir frases usando conjunções (e.g. mas, porque, e);</li> <li>- Substituir numa frase uma palavra por outra equivalente;</li> <li>- Fazer uma frase para uma palavra nova.</li> </ul>
<b>Consciência Fonológica</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a consciência da palavra;</li> <li>- Promover a consciência silábica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omitir e acrescentar palavras numa frase;</li> <li>- Produzir frases com igual número de palavras;</li> <li>- Ordenar as palavras de uma frase de modo a que faça sentido;</li> <li>- Identificar e produzir palavras com a mesma sílaba inicial e final;</li> <li>- Contar o número de sílabas das palavras;</li> <li>- Repetir palavras/pseudo-palavra dissilábica sem dizer a primeira sílaba;</li> <li>- Identificar palavras curtas/compridas consoante o número de sílabas;</li> </ul>

Área de Intervenção		Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (A criança deve ser capaz de: )
<b>Consciência Fonológica</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a consciência intrassilábica;</li> <li>- Promover a consciência fonêmica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e produzir palavras que rimam;</li> <li>- Identificar os fonemas nas palavras;</li> <li>- Identificar imagens de palavras com o mesmo fonema inicial e final;</li> <li>- Discriminar pares de palavras que diferem num único fonema;</li> </ul>
<b>Aprendizagens acadêmicas</b>	<b>L e i t u r a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o reconhecimento e nomeação das letras do alfabeto;</li> <li>- Promover a capacidade de fazer a correspondência grafema-fonema;</li> <li>- Promover a capacidade de efetuar a fusão fonêmica;</li> <li>- Promover a capacidade de compreender o que lê;</li> <li>- Promover a fluência na leitura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recitar o alfabeto por ordem;</li> <li>- Nomear a totalidade das letras do alfabeto e pronunciar os respectivos segmentos fônicos;</li> <li>- Fazer corresponder as formas minúscula e maiúscula da maioria das letras do alfabeto;</li> <li>- Fazer fusão fonêmica em sílabas CV e em sílabas complexas (CVC, CCV, VC);</li> <li>- Fazer fusão silábica em palavras simples;</li> <li>- Ler um texto, recontá-lo e responder a perguntas sobre o mesmo.</li> </ul>



Área de Intervenção	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (A criança deve ser capaz de: )
<p><b>Aprendizagens acadêmicas</b></p>	<p><b>E</b> <b>s</b> <b>c</b> <b>r</b> <b>i</b> <b>t</b> <b>a</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a escrita das letras do alfabeto;</li> <li>- Promover a capacidade de fazer a correspondência fonema-grafema;</li> <li>- Promover a capacidade de efetuar a fusão grafêmica;</li> <li>- Promover a construção de frases simples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escrever corretamente o seu nome e apelido;</li> <li>- Escrever as letras do alfabeto, nas formas minúscula e maiúscula, em resposta ao nome da letra ou ao segmento fônico que corresponde habitualmente à letra;</li> <li>- Transcrever um texto curto apresentado em letra de imprensa em escrita cursiva legível, de maneira fluente ou, pelo menos, sílaba a sílaba, respeitando acentos e espaços entre as palavras;</li> <li>- Transcrever em letra de imprensa, utilizando o teclado de um computador, um texto de três linhas apresentado em letra cursiva;</li> <li>- Identificar e utilizar adequadamente os seguintes sinais de pontuação: ponto final, vírgula, ponto de interrogação e ponto de exclamação.</li> <li>- Fazer fusão grafêmica em sílabas CV e em sílabas complexas (CVC, CCV, VC);</li> <li>- Fazer fusão silábica em palavras simples;</li> <li>- Escrever corretamente a grande maioria das sílabas CV, CVC e CCV, em situação de ditado;</li> <li>- Escrever corretamente os grafemas que dependem do contexto em que se encontram (e.g. quando usar “m” ou “n”);</li> <li>- Escrever corretamente a palavra que a imagem representa, utilizando o dígrafo correto (e.g. lh, nh, ch, rr, ss);</li> <li>- Elaborar e escrever uma frase simples, respeitando as regras de correspondência fonema-grafema e gramaticais.</li> </ul>

#### 5.4.2. Intervenção e Estratégias de intervenção

As sessões de intervenção foram planeadas e realizadas autonomamente pela estagiária, sendo os planeamentos (atividades planeadas e grau de exigência) e o material a utilizar discutidos com a TSEER, sempre que necessário. A TSEER assistiu a alguns momentos das sessões realizadas com a F.F.


Em relação à dinâmica da sessão, no início da mesma a criança contava como tinha sido o seu fim-de-semana (já que as sessões se realizavam à segunda-feira) e o seu dia de escola, de seguida, eram realizadas as tarefas planeadas para essa sessão (momento de trabalho) e, no final, quando o momento de trabalho estava concluído, e apenas se a criança tivesse apresentado um comportamento adequado durante a sessão, era-lhe permitido o reforço, por exemplo, um jogo escolhido pela criança.

Durante as sessões com a F.F. foram utilizadas diversas estratégias com o intuito de proporcionar um ambiente agradável, lúdico e previsível, potenciando assim o máximo desenvolvimento da criança em todos os domínios. Na tabela que se segue estão apresentadas, resumidamente, essas estratégias.

**Tabela 5 – Estratégias de intervenção**

Estratégias de intervenção	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar uma linguagem o mais objetiva e simples possível;</li> <li>- Dar poucas instruções de cada vez e pedir à criança que as repita, para ter a certeza que as ouviu e compreendeu;</li> <li>- Aumentar, gradualmente, o número de instruções dadas à criança;</li> <li>- Fornecer exemplos práticos e concretos;</li> <li>- Definir o tempo para a realização de cada tarefa, sem interromper a criança durante a realização da mesma;</li> <li>- Ter em conta as áreas fortes da criança, já que estas ajudam a perceber o estilo de aprendizagem de cada indivíduo, e utilizá-las para trabalhar as áreas fracas;</li> <li>- Ter em conta, sempre que possível, os interesses específicos e motivações pessoais da criança, já que estes podem servir de base para as aprendizagens e determinar o reforço que será mais eficaz;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer <i>feedback</i> e reforço à criança (positivo, se ela alcançar o sucesso, e negativo, se manifestar um comportamento indesejado, como uma birra);</li> <li>- Quando a criança faz birra, ignorar a birra (desviando o olhar ou afastando-se, de modo a ensinar à criança que esta não é uma maneira de captar a atenção da técnica) e não a relembrar posteriormente;</li> <li>- O reforço, constante inicialmente, deve passar a intermitente, em vez de ser dado depois de cada sucesso;</li> <li>- Minimizar os estímulos exteriores (visuais, auditivos) que se revelem distráteis para a criança, de modo a que esta se concentre nas tarefas e não em detalhes irrelevantes;</li> <li>- Utilizar, sempre que possível, atividades lúdicas e materiais apelativos;</li> <li>- Fornecer aos pais estratégias para que as competências trabalhadas nas sessões sejam generalizadas para os diferentes contextos de vida da criança.</li> </ul>

### 5.4.3. Exemplo de Planeamento de Sessão

<b>PLANEAMENTO DE SESSÕES</b>	<b>Data:</b> 4 de março de 2013	
<b>Estagiária Ana Sesinando – Centro de Neurodesenvolvimento</b>		
<b>Identificação da Criança – Nome:</b> F.F.	<b>Idade:</b> 7 anos	<b>Género:</b> Feminino

Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Descrição da Atividade	Estratégias	Material	Duração
<b>1. Puzzle do alfabeto</b>	Aprendizagens Académicas e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o reconhecimento e nomeação das letras do alfabeto;</li> <li>- Promover o reconhecimento do segmento fónico que corresponde habitualmente a cada letra.</li> <li>- Melhorar a coordenação óculo-manual;</li> </ul>	A criança deve fazer o puzzle do alfabeto, indicando o nome das letras ou o segmento fónico que normalmente lhes está associado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração;</li> <li>- <i>Feedback</i>;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Ajuda física;</li> <li>- A técnica pode dizer várias palavras começadas pela letra para ajudar a criança a chegar ao seu nome ou segmento fónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puzzle do alfabeto (CND)</li> </ul>	5'
<b>2. Loto de letras</b>	Aprendizagens Académicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o reconhecimento e nomeação das letras do alfabeto e do segmento fónico que lhes corresponde;</li> <li>- Promover o reconhecimento das formas maiúscula e minúscula de uma mesma letra.</li> </ul>	A técnica e a criança têm um tabuleiro do loto de letras e, à vez, tiram um cartão com uma letra. De seguida, devem colocar o cartão no tabuleiro, em cima da imagem da letra correspondente e dizer o nome da letra ou o seu segmento fónico. A criança deve ainda escrever a forma minúscula da letra que saiu. Numa fase seguinte, o cartão em vez de uma letra tem uma imagem, a criança deve colocar a imagem sobre a letra correspondente ao fonema inicial da palavra que a imagem representa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração;</li> <li>- <i>Feedback</i>;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- A técnica pode dizer várias palavras começadas pela letra para ajudar a criança a chegar ao seu nome ou segmento fónico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Loto de letras (tabuleiro e cartões de letras e de imagens)</li> <li>▪ Folha de tarefa</li> <li>▪ Lápis de carvão</li> <li>▪ Borracha</li> </ul>	15'

Nome da Atividade	Domínio	Objetivos	Descrição da Atividade	Estratégias	Material	Duração
<b>3. Loto de imagens</b>	Aprendizagens Acadêmicas (Leitura)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a capacidade de fazer a correspondência grafema-fonema</li> <li>- Promover a capacidade de efetuar a fusão fonêmica em sílabas simples e complexas;</li> <li>- Promover a capacidade de compreender o que lê;</li> </ul>	Cada cartão do lote tem seis imagens estando o nome das mesmas escrito em cartões que se encontram dentro de uma caixa. A criança escolhe um cartão de palavras e deve ler essa palavra, colocando-a de seguida em cima da imagem que lhe corresponde. A dificuldade desta atividade aumenta gradualmente, começando-se pela cartão com sílabas CV e depois para os cartões de sílabas CVC, CCV e VC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração;</li> <li>- <i>Feedback</i>;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- A técnica pode nomear as imagens, se a criança tiver dúvidas quanto ao que representam;</li> <li>- A técnica pode sugerir e ajudar a criança na segmentação silábica das palavras, para ser mais fácil a criança passar à fusão fonêmica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Loto de imagens</li> <li>▪ Cartões de palavras</li> </ul>	20'

#### Notas:

- O material elaborado e utilizado pela técnica durante a sessão, nomeadamente lote de letras e lote de imagens encontra-se no Anexo E, em formato digital.

- Os Planeamentos de sessão da F.F. encontram-se no Anexo C, em formato digital.

#### 5.4.4. Exemplo de relatório de sessão

##### RELATÓRIO DE SESSÃO

Data: 4 de março de 2013



Estagiária Ana Seginando – Centro de Neurodesenvolvimento

Identificação da Criança – Nome: F.F.

Idade: 7 anos

Gênero: Feminino

A criança chegou à sessão calada e amuada, tendo sido dito pela mãe que ela não estava muito bem disposta nesse dia porque algo na escola a tinha chateado. A técnica tentou conversar com a criança sobre o assunto mas sem sucesso, por isso decidiu terminar a fase de diálogo inicial e passar à primeira atividade da sessão, com esperança que a criança mudasse a sua atitude ao perceber que ia fazer um puzzle, algo do seu agrado. A F.F. mostrou-se interessada no puzzle do alfabeto, montando o puzzle tendo em conta o formato das peças e não a ordem das letras no alfabeto, uma vez que a criança não o sabe recitar. À medida que a F.F. ia colocando as peças do puzzle a técnica ia-lhe perguntando que letra estava na peça e qual a imagem (presente na peça) que começava por essa letra. Apesar do bom desempenho ao nível da motricidade fina verificado na montagem do puzzle, a criança desconhecia o nome/segmento fónico de várias letras do alfabeto (e.g. “b”, “g”, “h”, “j”, “k”, “q”, “s”, “u”, “w”, “y”, “z”) e confundia outras (e.g. não distinguia o “m” e o “n”).

Com o intuito de colmatar as lacunas no que dizia respeito ao conhecimento das letras do alfabeto, a segunda atividade da sessão foi focada nesta mesma aprendizagem, sendo utilizado um lote de letras (elaborado pela técnica). Este lote de letras era constituído por dois tabuleiros com as letras do alfabeto e por cartões com essas mesmas letras. Durante o jogo a criança tirava um cartão, dizia o nome da letra ou o segmento fónico correspondente e colocava-a sobre a letra igual no tabuleiro, escrevendo, de seguida, a letra que lhe saiu mas em letra minúscula (já que as letras dos tabuleiros e dos cartões estavam em letra maiúscula). A criança não teve qualquer dificuldade em identificar o local onde colocar os cartões das letras, no entanto, teve dificuldade em nomear algumas delas e em escrever a sua forma minúscula, tendo a técnica que utilizar a demonstração. A fase seguinte desta atividade foi realizada substituindo os cartões de letras por cartões de imagens e o objetivo era que a criança nomeasse a imagem, identificando o seu fonema inicial, e a colocasse sobre a letra com o segmento fónico correspondente. Possivelmente pelo treino de manipulação fonémica das sessões anteriores, a criança conseguiu identificar grande parte dos fonemas iniciais das palavras e associá-los à letra com o segmento fónico correspondente (quando conhecia o segmento fónico ou nome da letra).

A terceira atividade da sessão, o “Loto de imagens”, foi dificultada pelo facto de a F.F. não conhecer todas as letras do alfabeto e, por outro lado, foi facilitada por ela reconhecer a escrita de algumas das palavras presentes no lote. A criança conseguiu ler a maioria das palavras com sílabas CV e VC (sendo por vezes necessário que a técnica lhe indicasse o segmento fónico de determinadas letras), colocando-as, de seguida, sobre a imagem que lhes correspondia. No entanto, manifestou dificuldades na leitura das palavras com sílabas CVC e CCV.

No momento de reforço, a F.F. escolheu realizar o seu jogo de eleição: jogo do encaixes.

Uma vez que a F.F. necessitava de treinar o reconhecimento das letras/segmento fónico das mesmas e a leitura, principalmente de palavras CVC e CCV, foram dados à mãe da criança o lote de letras e o lote de imagens para que ela pudesse, em casa, dar continuidade ao trabalho da sessão e ajudar a criança a preencher as lacunas nestas aprendizagens (os Relatórios de Sessão encontram-se no Anexo D, em formato digital).

## 5.5. Resultados da intervenção

No que diz respeito aos resultados do processo de intervenção psicomotora, neste ponto será feita uma síntese da evolução da F.F., identificando quais os objetivos alcançados, os que ainda estão em aquisição e os que não foram alcançados durante as sessões, bem como uma síntese do comportamento da criança no geral. Uma vez que o período de tempo entre a avaliação inicial e o término do estágio foi curto não foi possível voltar a aplicar os instrumentos de avaliação, como seria desejável. Deste modo, esta análise dos progressos da F.F. é qualitativa e baseia-se na observação informal da criança, nos dados recolhidos durante as sessões e no *feedback* dado pela figura materna da criança e pela escola.

Fazendo um balanço final do processo de intervenção da F.F. constata-se que a criança obteve melhorias nas diversas áreas que o plano de intervenção englobou, demonstrando a criança evoluções ao nível sócio-emocional, cognitivo e psicomotor.

No que diz respeito à **Autoestima e Autoconfiança**, foram verificados progressos, uma vez que a criança se foi sentindo cada vez mais segura, confiante e competente ao conseguir realizar as tarefas das sessões e ao se aperceber, ela própria, da sua evolução. À medida que as sessões foram decorrendo no tempo, a criança passou a exigir cada vez menos a atenção, *feedback* e ajuda constantes, tentando realizar as tarefas autonomamente, e comunicando à técnica quando precisava da sua ajuda. Uma alteração positiva que se verificou entre o início das sessões e as sessões finais foi a mudança de atitude da F.F. em relação à leitura e escrita, atividades que passou a tolerar e, em alguns casos, a gostar.

Relativamente ao **Comportamento**, a criança desde o início que se revelou insegura e emocionalmente instável, tendo pouca tolerância ao insucesso e à frustração, e recorrendo aos “períodos de silêncio” quando algo não corria como ela queria. No decorrer das sessões, o comportamento da criança melhorou, sendo os “períodos de silêncio” pouco utilizados, já que a criança percebeu que essa não era a forma de captar a atenção da técnica. A capacidade da criança em lidar com a frustração e o insucesso aumentou, possivelmente, em parte, por estes já não serem tão frequentes, mas a instabilidade emocional da criança mantém-se.

Nas **Funções Executivas**, nomeadamente, a atenção e a memória, verificou-se uma evolução positiva, apesar de a criança ainda apresentar dificuldade em focar-se nas tarefas, sem ser chamada a atenção por se dispersar com estímulos exteriores irrelevantes. A criança é capaz de contar como foi o seu fim de semana e dia da escola e de recordar a sala em que tem sessões e o nome da técnica, no entanto, apresenta dificuldade em repetir as instruções dadas pela técnica e em realizar as tarefas em tempo adequado, já que o seu ritmo de trabalho é lento e ela se distrai com facilidade.

No domínio da **Linguagem Oral**, foi verificada, gradualmente, uma maior fluência e conteúdo no discurso da F.F., passando a criança a usar algumas frases complexas (com mais do que uma oração) curtas. Os problemas de articulação da criança mantiveram-se e a sua dificuldade em estruturar o pensamento e o discurso também.

Face às dificuldades iniciais apresentadas pela criança, a **Consciência Fonológica** foi uma área trabalhada em várias sessões, tendo-se verificado este treino benéfico, funcionando como pré-requisito das competências de leitura e escrita, e tendo-se verificado progressos ao longo do tempo. No que diz respeito à consciência fonológica, a criança apresentou melhorias nos vários níveis de consciência, nomeadamente, consciência da palavra, consciência silábica, intrassilábica e fonémica. A F.F. passou a realizar com mais facilidade atividades de identificação e manipulação de sílabas e

fonemas, conseguindo fazer a segmentação silábica e, com mais dificuldade, a fonêmica. A criança foi capaz de passar a dominar a capacidade de identificar e produzir palavras que rimam.

As **Aprendizagens Acadêmicas** foram as áreas em que a F.F. manifestou progressos mais óbvios. A criança já identifica e nomeia todas as letras do alfabeto, apesar de não o conseguir recitar por ordem, e faz a correspondência entre as formas minúscula e maiúscula da maioria das letras do alfabeto. No que diz respeito à **Leitura**, a F.F. já consegue fazer a fusão fonêmica em sílabas CV e VC, tendo ainda dificuldade em sílabas CVC e CCV. A criança consegue ler, com a ajuda da técnica, textos curtos, com palavras conhecidas (e das quais já tem memória visual, passando a detetá-las como uma unidade, em vez de as descodificar fonema a fonema) e consegue fazer o seu reconto, desde que orientada pela técnica, já que a criança continua a revelar dificuldades ao nível da memorização. No respeitante à **Escrita** também se verificou uma evolução, uma vez que a criança já é capaz de escrever palavras simples com sílabas CV e algumas palavras com sílabas CVC, CCV e VC. Existem algumas regras de uso que a criança ainda não adquiriu, como a do “m”/“n”, enquanto outras foram adquiridas (“r/rr”; “s/ss”; nh, lh, ch). Com a ajuda da técnica, a F.F. consegue elaborar e escrever frases simples, respeitando as regras de correspondência fonema-grafema e gramaticais, e utilizando os seguintes sinais de pontuação: ponto final, ponto de exclamação e de interrogação.

Em suma, os progressos da F.F. em todas as áreas do plano de intervenção são visíveis, embora esses progressos não sejam resultantes unicamente da intervenção da estagiária. As evoluções positivas obtidas pela criança refletiram-se também nos contextos casa e escola.

#### 5.5.1. Recomendações para a continuidade da intervenção

Após o término do processo de intervenção realizado pela estagiária, recomenda-se que a F.F. continue a beneficiar de sessões de intervenção para que as suas capacidades continuem a ser potenciadas e desenvolvidas e para que a criança possa atingir o seu máximo desenvolvimento em todos os domínios.

Uma vez que existem objetivos que, apesar de definidos no plano de intervenção, não foram adquiridos ou estão ainda em fase de aquisição, é importante que os mesmos sejam trabalhados, de modo a que os objetivos emergentes sejam consolidados e os não adquiridos sejam alvo de uma atenção especial, para que essa falha seja colmatada.

Face ao comportamento e humor instável da criança, e à ansiedade que a mãe da mesma manifesta quanto a estes comportamentos e às dificuldades de aprendizagem da filha, poderia ser benéfico envolver mais a mãe na intervenção, através de Terapia Familiar, de modo a dar-lhe informação e estratégias sobre a melhor maneira de lidar com a criança e de a ajudar a atingir os objetivos pretendidos.

### 6. Dificuldades e Limitações

Ao longo deste estágio curricular, além de todos os ganhos obtidos foram também sentidas algumas dificuldades e limitações.

No que diz respeito ao CND, a maior dificuldade sentida foi em relação ao espaço físico e materiais disponíveis, que limitaram as atividades realizadas e o desempenho das

crianças, e o facto dos estagiários de Reabilitação Psicomotora não serem reconhecidos pelos órgãos superiores, não tendo sequer direito a um cartão de identificação e eletrónico que abrisse as portas do CND. Este facto causou algum incómodo, já que sempre que a estagiária precisava de entrar no CND tinha que bater à porta, esperando ser ouvida, o que nem sempre sucedia, e esta situação verificava-se várias vezes ao dia, uma vez que a estagiária tinha que ir buscar e levar as crianças à sala de espera. O absentismo de algumas crianças também se revelou um problema, uma vez que limitou o tempo disponível para trabalhar os objetivos delineados no plano de intervenção, não se verificando assim alterações significativas em alguns domínios.

Ainda no âmbito do local de estágio, por as reuniões e os relatórios das crianças serem realizados por uma equipa multidisciplinar, que fazia uso de nomenclaturas desconhecidas para a estagiária, a compreensão dos conceitos e linguagem utilizada pelas técnicas foi uma dificuldade. Para ultrapassar esta dificuldade, enveredei pelo caminho da autoinformação, pesquisando sobre os termos ouvidos e lidos.

Na elaboração escrita do presente relatório também foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente, na tomada de decisão sobre quais os temas que deveriam ser incluídos e mais aprofundados, quais as temáticas de maior interesse, na limitação no número de páginas e, principalmente, no papel crítico e reflexivo que deveria introduzir na descrição das atividades de estágio.

## **7. Atividades complementares de Formação**

Ao longo do ano curricular, participei em atividades complementares de formação e de estágio, que me pareceram pertinentes e importantes para a minha formação e enriquecimento pessoal. Uma vez que, a aprendizagem não se resume aos momentos vividos no estágio, as formações diversificadas e os momentos de procura de informação para corresponder às solicitações da TSEER contribuíram também para consolidar e adquirir novos conhecimentos.

Em seguida, serão apresentadas e descritas algumas atividades que decorreram durante o ano curricular, tanto no CND como em entidades exteriores, e em que a presença da estagiária foi possibilitada e/ou solicitada.

### **7.1. Conferências e Formações**

Neste âmbito, foi possibilitado à estagiária que estivesse presente em conferências e formações sobre diferentes temáticas, sendo a informação ouvida em algumas delas apresentada pela estagiária, em reunião de equipa, no CND.

#### **▪ “Executive Control in Young Children”**

Conferência apresentada a 5 de novembro de 2012, pelo Professor Kimberly Andrews Espy, e inserida no Ciclo de Conferências Internacionais em Neuropsicologia, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

#### **▪ “Brain Injury Rehabilitation”**

Conferência apresentada a 28 de novembro de 2012, pelo Professor Igor Bombin Gonzalez, e inserida no Ciclo de Conferências Internacionais em Neuropsicologia, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.



### ▪ III Jornadas do Centro de Desenvolvimento Infantil – *Estímulo*praxis

Estas Jornadas, organizadas pelo Centro de Desenvolvimento Infantil – *Estímulo*praxis, realizaram-se a 22 de fevereiro de 2013, das 9h às 18h, na Biblioteca Municipal Orlando Ribeiro, em Telheiras. Nestas Jornadas foram abordados, por diferentes oradores, diversos temas, nomeadamente, a Investigação e Intervenção nas Perturbações do Desenvolvimento da Criança, especificamente no que diz respeito à importância da Intervenção Precoce e aos sinais de alarme, a cirurgia de epilepsia, o método *Cuevas Medek Exercise* e ainda as perturbações relacionais e da comunicação, entre outras.

### ▪ VI Jornadas da Família – “Mais vale prevenir...”

Estas Jornadas, organizadas pela Clínica Gerações, realizaram-se a 9 e 10 de maio, no Auditório Cardeal Medeiros, da Universidade Católica. Os temas abordados nesta Jornadas foram, entre outros, relacionados com Desenvolvimento Infantil, tendo algumas das técnicas do CND participado como oradoras. As temáticas incluídas no tema do Desenvolvimento Infantil foram: “Os pais não se escolhem por catálogo”, “Rastreio do Autismo” e, duas temáticas apresentadas por uma das Pediatras do CND e pela Terapeuta da Fala do mesmo Centro, respetivamente “TV: o bom e o vilão” e “Linguagem: a mãe, a filha e a neta”.

### ▪ Formações orientadas pela Coordenadora do CND

A Coordenadora do CND, que é também uma das Pediatras deste, convidou a estagiária a assistir a algumas aulas lecionadas por si na Universidade Católica Portuguesa e a formações dadas aos profissionais de saúde do HBA. A estagiária assistiu assim a uma aula sobre as PEA e a uma formação, realizada no HBA, sobre o mesmo tema.

## 7.2. Atividades no local de Estágio

Para além das atividades previstas no horário do estágio, a estagiária assistiu, por iniciativa própria, às consultas de desenvolvimento e avaliações das crianças que acompanhou, dando um *feedback* da intervenção realizada por si aos profissionais que seguiam a criança e aos pais da mesma. Pontualmente, foi solicitado à estagiária que substituisse a TSEER nas suas funções, quando esta tinha que faltar por motivos pessoais ou profissionais. Para além destas situações, a estagiária participou noutras atividades, fora do âmbito do seu estágio, e na elaboração de material para o CND.

### ▪ Grupos intervencionados em conjunto com a Estagiária de Psicologia Educacional

Durante o ano curricular, a estagiária auxiliou a Terapeuta da Fala do CND, que se encontrava a fazer o estágio de Psicologia Educacional, nas sessões de intervenção com os grupos de PHDA e de Leitura e Escrita. A estagiária participou ativamente nestas sessões, tanto através da elaboração de material para as mesmas como durante as atividades e assistência ao grupo. O grupo de PHDA era constituído por cinco rapazes, com idades entre os 5 e os 6 anos, dos quais quatro estavam diagnosticados com PHDA e um com queixas de imaturidade e impulsividade. O grupo da Leitura e Escrita era constituído por seis crianças (duas raparigas e quatro rapazes), com idades entre os 5 e os 7 anos.

### ▪ Programa “*Think Aloud*”

No grupo de PHDA, as sessões foram planeadas de acordo com o programa “*Think Aloud*”, em cuja tradução a estagiária colaborou. Este programa foi inicialmente desenvolvido para intervir com rapazes agressivos, uma vez que estes tinham maiores

riscos de desenvolver problemas educacionais e comportamentais. O programa “*Think Aloud*” tem como objetivo, não só desenvolver a mediação verbal, mas também influenciar a espontaneidade no uso dessa habilidade, e produzir mudanças fora do contexto de intervenção, ou seja, em situações sociais reais. As técnicas incluídas neste programa podem ser utilizadas, por uma lado com caráter preventivo ou educacional, por outro como meio reabilitativo ou terapêutico.

▪ **Questionário de rastreio para os pais das crianças na enfermaria do HBA**

Por solicitação da TSEER do CND, a estagiária elaborou, em conjunto com o seu colega de estágio em Reabilitação Psicomotora no CND, um questionário de rastreio para ser feito aos pais das crianças que se encontrassem na enfermaria do HBA. Este questionário seria realizado com o intuito de detetar precocemente possíveis problemas ao nível do desenvolvimento das crianças.

▪ **Livro de Estratégias de Intervenção para pais e professores de crianças com Síndrome de Asperger**

Por sugestão da TSEER do CND, a estagiária elaborou, em conjunto com duas colegas de estágio de licenciatura em Reabilitação Psicomotora no CND, um livro com estratégias de Intervenção para pais e professores de crianças com Síndrome de Asperger. Este livro foi elaborado com o intuito de ser publicado pelo CND e de poder ser adquirido pelos profissionais e pais, a quem se destina.

▪ **Elaboração de material decorativo para o Natal**

Na época Natalícia, foi proposto e solicitado à estagiária que elaborasse, em conjunto com as crianças acompanhadas, decorações de Natal, para exibir no CND. A estagiária realizou, em conjunto com as crianças e autonomamente, árvores de Natal e enfeites, que decoraram o CND e o Departamento de Pediatria.

### **7.3. Reuniões de Apoio ao Estágio**

Para além das reuniões de equipa e de toda a disponibilidade manifestada pela TSEER para se reunir com a estagiária, em reunião informal e sem marcação, sempre que esta necessitava de orientação ou de esclarecer dúvidas, foram marcadas pela TSEER algumas reuniões, com o intuito de transmitir informação relativa aos instrumentos de avaliação utilizados no CND e à intervenção. Assim, foram realizadas reuniões acerca da Escala de Desenvolvimento de Griffiths, da Avaliação Psicopedagógica e das Dificuldades de Aprendizagem, bem como da intervenção nesta problemática.

#### IV. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS DE FUTURO

*Com esta conclusão se finaliza o presente relatório de estágio, que teve como objetivo transmitir o conjunto de experiências profissionais no âmbito da intervenção psicomotora, integrada no Centro de Neurodesenvolvimento, do Hospital Beatriz Ângelo. Neste capítulo do relatório será feito um resumo de todas as aprendizagens, vivências e dificuldades sentidas como estagiária nesta instituição, apresentando-se uma apreciação crítica e reflexiva sobre o estágio curricular e os benefícios pessoais e profissionais que dele resultaram.*

O Centro de Neurodesenvolvimento foi escolhido, como primeira opção para a realização do estágio curricular, por duas razões: o Centro estar inserido num hospital, o que iria permitir uma perspetiva completamente diferente daquela que a estagiária tinha pelos estágios realizados no Fórum de Apoio Socio-ocupacional e na CERCI, e o facto das problemáticas atendidas no CND, nomeadamente as Perturbações do Desenvolvimento, sempre terem despertado o interesse e preferência da estagiária.

Embora tenha parecido que o estágio terminou demasiado depressa, já que na visão da estagiária, esta ainda tinha tanto para dar e tanto para aprender, as inúmeras vivências e experiências que a enriqueceram e mudaram, enquanto pessoa e profissional, provam que o tempo, de facto, passou, que os nove meses de estágio decorreram.

À chegada ao CND, o grande medo da estagiária era o de defraudar expectativas, de não ser capaz de corresponder às exigências impostas, por si e pelos outros. No entanto, este medo de falhar foi desaparecendo, em parte pelo apoio e orientação que a estagiária sentiu, desde o início, por parte da equipa técnica e, principalmente, da TSEER (sua orientadora local), e por outro, pela oportunidade de observar o trabalho da TSEER e de esclarecer dúvidas e anseios antes de ter que planear e dinamizar sessões autonomamente.

As técnicas do CND, além da disponibilidade, orientação e apoio demonstrados, foram ainda um exemplo de profissionalismo, transmitindo à estagiária ideais que irão nortear a sua prática como psicomotricista. Para esta equipa de técnicas, sempre disponíveis a ouvir e esclarecer e a partilhar o seu conhecimento e experiência pessoal, o utente é visto como uma prioridade. É neste sentido que o trabalho realizado no CND engloba uma equipa multidisciplinar, de vários elementos com diferentes conhecimentos e perspetivas mas que cooperam com o intuito de proporcionar o melhor atendimento possível. Ao longo do estágio curricular, foi possível comprovar a importância do trabalho numa equipa multidisciplinar, em que os vários técnicos comunicam entre si, partilhando conhecimentos, dúvidas, experiências e estratégias, com vista a um maior desenvolvimento do indivíduo. Poder fazer parte desta equipa, permitiu à estagiária alargar horizontes, adquirindo conhecimentos relativamente à avaliação e intervenção em áreas que podem ser complementares da Psicomotricidade, nomeadamente, a Psicologia Educacional e a Terapia da Fala.

O conhecimento teórico adquirido na Faculdade é, sem dúvida, útil, mas é apenas quando podemos participar ativamente no “terreno”, como sempre ansiámos, que compreendemos a utilidade de muito do que aprendemos. A teoria adquirida, se é signitiva para nós perdura, se não, acaba por ser esquecida, mas aquilo que é aprendido pela vivência pessoal fica mais facilmente na nossa memória e faz-nos mais sentido. A prática permite assim, muito mais que a teoria, consolidar conhecimentos e dar-lhes sentido. O estágio no CND envolveu muito mais do que a observação de sessões de avaliação e intervenção de várias técnicas, foi muito mais que a oportunidade de avaliar

autonomamente e de intervir com crianças com diferentes problemáticas e faixas etárias, este estágio foi um processo de autodescoberta, orientada pelas várias pessoas que dele fizeram parte.

É pela experiência que se aprende, e foi exatamente vivenciando na primeira pessoa tudo o que este estágio possibilitou, que saliento algumas das questões mais importantes que aprendi. Primeiro que tudo, aprendi que é importante ter um plano de intervenção que inclua os objetivos delineados para cada criança, de acordo com as suas dificuldades e potencialidades, bem como sessões planeadas e estruturadas, mas que é igualmente importante ser flexível e ter capacidade de adaptação, de modo a conduzir a sessão de acordo com o que a criança faz dela. É crucial não esquecer que antes de serem crianças com determinada patologia são, acima de tudo, crianças, ou seja, têm as suas motivações pessoais, o seu temperamento e personalidade, a sua maneira própria de comunicar com o outro e, sobretudo, o seu ritmo de trabalho e aprendizagem, que devem ser respeitados. Assim, o Psicomotricista tem muitas vezes que adaptar, ou até mesmo reformular objetivos, tem que modificar atividades para que resultem com a criança que tem à frente e tem que encontrar as estratégias que melhor se adequem a cada caso. Outro aspeto aprendido pela experiência pessoal foi a importância da comunicação entre a técnica e a família e a técnica e a escola. A família da criança é quem tem o maior interesse que ela seja apoiada e consiga ultrapassar as suas dificuldades, deste modo, dar à família *feedback* sobre a evolução da criança e dar-lhe estratégias para participar neste processo, não só acalma os seus anseios, como a faz sentir competente e útil. Na relação com a família é-nos exigida, enquanto profissionais, a capacidade de escutar, de responder a dúvidas sobre a melhor forma de lidar/ajudar a criança e de transmitir as evoluções da criança, sendo o papel do Psicomotricista dar resposta a essas solicitações, mantendo com a família da criança uma atitude empática e de neutralidade moral, e garantindo assim a sua participação no processo terapêutico. A escola, onde a criança passa grande parte do seu tempo é, conseqüentemente, um contexto em que muitas das dificuldades e progressos da criança são detetados, sendo esta informação de grande valor para a técnica que intervém com a criança. Assim, quer por contacto direto ou indireto, por intermédio da família da criança, a informação entre a técnica e a escola deve fluir.

No que diz respeito às sessões de Psicomotricidade realizadas no CND, pela diversidade de situações e crianças acompanhadas, estas possibilitaram um conjunto variado de experiências e uma adaptação pessoal em função das mesmas. A diversidade de casos acompanhados permitiu-me interagir com diferentes problemáticas e verificar a individualidade presente dentro de cada uma delas, e a necessidade de manter uma postura profissional diferente tendo em conta as especificidades da criança e a sua problemática. A forma de funcionamento de cada criança varia, não só de acordo com a sua patologia e com o contexto em que a criança se encontra, mas sobretudo com o seu estado emocional. A forma como o estado emocional influencia e condiciona a motivação e o funcionamento da criança foi sentida na prática, principalmente nas sessões com o estudo de caso. Desta experiência, resultaram modificações pessoais na estagiária, como a capacidade de ter uma atitude de escuta ativa e a disponibilidade afetiva. Para além das capacidades supracitadas, o pensamento crítico e reflexivo, a capacidade de adaptação e a criatividade também foram desenvolvidas, uma vez que foram necessárias para o planeamento e registo das sessões, sendo por vezes necessário desmontar uma mesma competência em diferentes atividades, do modo a manter a criança motivada e a envolver diferentes circuitos neurais, favorecendo a aprendizagem. A intencionalidade é outra característica que tem que estar sempre presente na prática profissional do Psicomotricista, já que ele deve agir e planear tendo em conta os objetivos e benefícios a serem alcançados.

Em suma, tanto o estágio realizado como o relatório que dele resultou, foram para a estagiária uma fonte de conhecimento, de experiência, de crescimento e enriquecimento pessoal e profissional, tendo permitido, o primeiro, um contacto direto com a realidade, e o segundo, uma síntese de tudo o que foi aprendido e vivenciado.

Em relação às perspetivas de futuro, este estágio e o exemplo das pessoas com quem nele contactei, contribuíram para reforçar a certeza de que é esta a área de que gosto e na qual quero trabalhar, pretendo por isso continuar a investir na minha formação, mantendo-me atualizada, e entrar no mercado de trabalho, desenvolvendo projetos que incidam sobre a Psicomotricidade e sua importância e eficácia, já que é importante que haja um aumento de trabalhos descritivos e de análise e/ou estudos relativamente às estratégias utilizadas em Psicomotricidade, aos benefícios e eficácia da Intervenção Psicomotora nas diversas perturbações e à validação de instrumentos de avaliação para a população portuguesa. A falta de suporte teórico e científico é um entrave para o reconhecimento e valorização da nossa área.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, A., Marten, P., Holt, C., Heimberg, R. & Barlow, D. (1995). Cognitive behavioral group treatment for social phobia in adolescents: a preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Diseases* (183), pp. 649-656.
- Aleixo, D. (2013). *Famílias de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e a Equipa de Intervenção Precoce: Que relação?*. Tese de Mestrado. Porto.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção Precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica* (1), pp. 65-72.
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Publishing (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Retirado em 14 de outubro de 2013 de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Anstending, K. (1999). Is Selective Mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM classification. *Journal of Anxiety Disorders* (13).
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Retirado em 23 de outubro de 2013 de [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2010). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*. Lisboa.
- Atienza, J. (2001). Mutismo selectivo: fobia frente a negativismo. *Revista de Psiquiatria e Psicologia: Niño y Adolescente* (1), pp. I-IV.
- Baldwin, S. & Cline, T. (1991). Helping children who are selectively mute. *Educational and Child Psychology* (8), pp. 72-83.
- Black, B. & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (31), pp. 1090-1094.
- Blakemore, S. & Frith, U. (2005). *O cérebro que aprende – Lições para a educação*. Lisboa: Gradiva.
- Brambring, M., Rauh, H. & Beelman, A. (1996). *Early Childhood Intervention – Theory, Evaluation and Practice*. Berlin, New York: de Gryter.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde mental e educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brandão, T., Martins, R., & Simões, C. (2012). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - 2.º Ano*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education* (3), pp. 37-43.
- Brown, J. & Lloyd, H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of Associated Workers of Maladjusted Children* (3), pp. 49-63.
- Bruder, M. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children* (76), pp. 339-355.
- Carbone, D., Schmidt, L., Cunningham, C., McHolm, A., Edison, S., & St Pierre, J. B. (2010). Behavioral and socio-emotional functioning in children with selective mutism: a comparison with anxious and typically developing children across multiple informants. *Journal of Abnormal Child Psychology* (38), pp. 1057-67.
- Carvalho, M. L., Cruz A. & Fontes, F. (2003). *Avaliação das Famílias Apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da ESFIP*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Lisboa.
- Casas, A. M. (1988). *Dificultades en el Aprendizaje de la Lectura, Escrita Y Cálculo*. Valencia: Promolibro.
- Casas, A. M. (1994). *Introducción a las dificultades en el aprendizaje*. Valencia: Promolibro.
- Cline, T. & Baldwin, S. (2004). *Selective mutism in children*. 2ª edição, London and Philadelphia: Ed. Whurr Publishers.
- Cohan, S. L., Price, J. & Stein, M. (2006). Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental Behavior Pediatrics* (34), pp. 341-355.
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (s.d.). *CPCJ – O que faz?*. Retirado em 23 de outubro de 2013, de <http://www.cm-lisboa.pt/viver/intervencao-social/familias/comissao-de-protecao-de-criancas-e-jovens>
- Correia, L. M. (1997). Causas das Dificuldades de Aprendizagem e as Dúvidas Permanecem. *Communicare - Revista de Comunicação* (2), 55-76.
- Correia, L. M. (2004). Problemática das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica: XXII* (2), pp. 369-376.
- Correia, L. M. (2007). Para uma definição portuguesa de dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista Brasileira Educação Especial: XXIII* (2), pp.155-172.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas: Contributos para uma Definição Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. & Loução, A. P. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem: Que são? Como entendê-las?*. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, N. (2011). *A importância da Intervenção Precoce para as crianças com Autismo na perspectiva dos educadores e professores de Educação Especial*. Tese de Mestrado. Lisboa.

- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Crescer (2013). *Projecto Crescer: Centro de Estudos e Apoio Psicopedagógico*. Retirado em 14 de outubro de 2013 de <http://projectocrescerodivelas.blogspot.pt/>
- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem: Fundamentos*. Porto. Porto Editora.
- Cruz, V. (2007). *Uma Abordagem Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Lidel.
- Cruz, V. (2008). O PREP na Prevenção das Dificuldades de Leitura. *Actas do 7.º Encontro Nacional (5.º Internacional) de Investigação em Leitura, Literatura Infantil e Ilustração*. Braga: Universidade do Minho.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa e Porto. Lidel.
- Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. *Diário da República* nº 4 – I série. Ministério da Educação. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República* nº 193 – I série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Defontaine, J. (1976). *Manuel de reeducation psychomotrice: diplôme d'état de psychorééducateur*. Paris: Maloine Éditeur.
- Dias, T. (2009). *Caracterização do perfil psicomotor de uma criança com perturbação específica do desenvolvimento da linguagem e dislexia – estudo de caso*. Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor. Castelo Branco.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Homer, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press.
- Dunst, C. & Deal, A. (1994). A family-centered approach to developing individualized family support plans. In C. Dunst, C. Trivette & A. Deal (Eds.). *Supporting & strengthening families – methods, strategies and practices* (pp. 73-88). Cambridge: Brookline Books.
- Fávero, M. & Calsa, G. (2003). As Razões do Corpo: Psicomotricidade e Disgrafia. Retirado em 18 de setembro de 2013, de <http://www.abpp.com.br/abppprnorte/pdf/a13Favero03.pdf>
- Fong, G. & Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry* (4), pp. 77-81.
- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1995). *Temas de Psicomotricidade*. Lisboa: Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.



- Fonseca, V. (1996). *Aprender a aprender: a educabilidade cognitiva*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. da Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em psicomotricidade*, (pp. 13-28). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade. *A Psicomotricidade* (3), pp. 18-31.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia psicomotora: estudo de casos* (5ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. (2ª edição). Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2008) *Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. & Martins, R. (2001). Progressos em Psicomotricidade". *Revista Educação Especial e Reabilitação*. FMH Edições: Cruz Quebrada
- Fonseca, V. & Oliveira, J. (2009). *Aptidões Psicomotoras e de Aprendizagem – Estudo Comparativo e Correlativo com base na Escala de McCarthy*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fórum Europeu de Psicomotricidade. Retirado em 15 de setembro de 2013, de [http://www.psychomot.org/european\\_forum\\_psychomotricity.htm](http://www.psychomot.org/european_forum_psychomotricity.htm).
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia* (11), pp. 113-121. Curitiba.
- Fuchs, D., Fuchs, L. S., & Compton, D. L. (2004). Identifying reading disabilities by responsiveness to-instruction: specifying measures and criteria. *Learning Disability Quarterly* (27), pp.216-227.
- Gatecel, A. (2010). *Psychomotricité relationnelle*. Centre International de Psychosomatique. Retirado em 15 de setembro de 2013, de [http://www.cips-psychosoma.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=106%3Apsychomotricite-relationnelle-anne-gatecel&catid=29%3Aarticlesciscatg&Itemid=58&lang=fr&limitstart=1](http://www.cips-psychosoma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=106%3Apsychomotricite-relationnelle-anne-gatecel&catid=29%3Aarticlesciscatg&Itemid=58&lang=fr&limitstart=1).
- Gonçalves, P. (2012). *A Psicomotricidade e a Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Retirado em 15 de setembro de 2013, de [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5156/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio\\_Patr%C3%ADcia%20Gon%C3%A7alves.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5156/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_Patr%C3%ADcia%20Gon%C3%A7alves.pdf)
- Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective and acquired. *Brain and development* (23).
- Gras, R. M. L. (2004). Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* (22), pp. 101-106.

- Guedes, C. (2010). *Sinalização das Dificuldades de Aprendizagem e/ou Deficiência Mental em crianças da Pré-Escola e do 1.º Ciclo, através de dois instrumentos de Victória de la Cruz*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Guralnick, M. (2004). Family investments in response to the developmental challenges of young children with disabilities. In A. Kalil & T. Deleire (Eds.). *Family investments in children's potential: Resources and parenting behaviors that promote success* (pp. 119-137). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Guralnick, M. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. Guralnick, (Ed.). *The developmental systems approach to early intervention* (pp.3-28). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. (2006). Family influences on early development: Integrating the science of normative development, risk and disability, and intervention. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.). *Handbook of early childhood development* (pp. 44-61). Oxford: Blackwell Publishers.
- Gutenbrunner, C., Hennighausen, K., Herpertz-Dahlmann, B., Poller, M. & Remschmidt, H. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (251), pp. 284-269.
- Halpern, W. & Hammond, C. (1971) Contingency management in the classroom treatment of long-term elective mutism: a case report. *Journal of School Psychology* (15), pp. 9-17.
- Hanson, M. & Lynch, E. (1995). *Early intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. Austin: Pro-Ed, Inc.
- Integra (2009). *A Handbook on Learning Disabilities*. Retirado em 15 de setembro de 2013 de <http://www.integra.on.ca/WAM%20LD%20handbook.pdf>
- Johnson, D. J. & Mykelbust, H. R. (1991). *Distúrbios de Aprendizagem – Princípios e Práticas Educacionais*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.
- Kolvin, I. & Fundudis, T. (1981). Elective Mute Children: Psychological Development and Background Factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (22), pp. 219-232.
- Kopp, S. & Gillberg, C. (1997). Selective Mutism: A population-based study (A Research Note). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (38), pp. 257–262.
- Kotrba, A. (2011). *Selective Mutism Research – Where Have We Come From and Where Are We Going?*. Retirado em 18 de outubro de 2013, de [http://dafjmlate1fc5.cloudfront.net/uploads/assets/events/smconference2011\\_kotrba.pdf](http://dafjmlate1fc5.cloudfront.net/uploads/assets/events/smconference2011_kotrba.pdf)
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Child Psychiatry* (39).
- Kristensen, H. (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioral problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (10), pp. 135-142.

- Kristensen, H. & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: a case-control study. *Journal of Abnormal Psychology* (110), pp. 648-652.
- Kristensen, H. (2002). Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism – a case-control study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, (11), pp. 71-78.
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M. & Wright, H. L. (1999). Elective mutism. In C.E. Schaefer & S. A. Sapsaro (Eds.), *Refusal to speak*, pp. 233-264. New Jersey: Ed. Aronson.
- Krolian, B. (1999). Speech in silver, but silence is golden: day hospital treatment of two electively mute children. In C. E. Schaefer & S. A. Sapsaro (Ed.), *Refusal to speak*, pp. 266-295. New Jersey: Ed. Aronson.
- Labbe, E. & Williamson, A. (1984). Behavioural Treatment of Elective Mutism: A Review of the Literature. *Clinical Psychology Review* (4), pp. 273-292.
- Leal, I. (1999). *Entrevista clínica e Psicoterapia de Grupo*. Lisboa: ISPA.
- Leonard, H. & Topol, D.A. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* (2), pp. 695-707.
- Lerner, J. W. (2003). *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis and Teaching strategies*. (9ª Ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Llinares, M. L. (2007). Aprender el cuerpo cuanto antes: La atención psicomotriz temprana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* (25), pp. 31-38.
- López, P. I., Sánchez, M. J. M. & Ibáñez, C. A. (2004) La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Journal Educación XX1* (7), pp. 111-133.
- Loução, A. P. (2006). *Dificuldades de Aprendizagem: Compreender o Fenómeno a Partir de Sete Estudos de Caso*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Estudos da Criança – Universidade do Minho.
- Luiz, D., Faragher, B., Barnard, A., Knoessen, N., Kotras, N., Burns, L., Challis, D. (2007). *Manual Griffiths – Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – extensão revista* (Revisão de 2006), dos 2 aos 8 anos. Lisboa: Cegog Editora.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. Vidigal, et al. *Intervenção Terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp.179-210). Lisboa: Trilhos Editora.
- Matos, S. (2010) *Contributos para o estudo do perfil de competências do profissional de Intervenção Precoce: as perspetivas dos profissionais*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.

- McWilliam, R. (2010) *Working with families of young children with special need*. New York: The Guilford Press.
- Menicalli, D. (2002). O transtorno de mutismo seletivo e ludoterapia. *Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta* (8), pp. 49-57.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monedero, C. (1989). *Dificultades de Aprendizaje Escolar – Una Perspectiva Neuropsicológica*. Madrid: Editorial Pirámide, S.A..
- Nelson, C. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J. Shonkoff & S. Meisels (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 204-230), Cambridge: Cambridge University Press.
- Nowakowski, M. E., Cunningham, C. E., McHolm, A. E., Evans, M. A., Edison, S., Pierre, J. St., Boyle, M. H. & Schmidt, L. A. (2009). Language and academic abilities in children with selective mutism. *Infant and Child Development* (18), pp. 271-290.
- Omdal, H. (2008). Could selective mutism be re-conceptualised as a specific phobia of expressive speech? An exploratory pot-hoc study. *Child and adolescent health* (13), pp. 74-81.
- Onofre, P. S. (2004). *A criança... e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Peixoto, A. (2006). *Mutismo Seletivo: prevalência, características associadas e tratamento cognitivo-comportamental*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro.
- Pereira, A. P. S. (2009). *Práticas centradas na família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade do Minho.
- Pereira, A. P. S. & Serrano, A. M. (2010). Abordagem Centrada na Família em Intervenção Precoce: Perspectivas histórica, conceptual e empírica. *Revista Diversidades* (27), pp. 4-11.
- Pereiro, M. H. V. (2000). Contributos para uma análise avaliativa da intervenção precoce – As representações dos profissionais. *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down*. Porto.
- Pimentel, J. Z. S. (1997). *Um bebé diferente – Da Individualidade da Intervenção Precoce à Especificidade da Intervenção*. Secretariado Nacional para Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência: Lisboa.
- Pinto, M. (2012). *Centro de Neurodesenvolvimento*. Loures: Hospital Beatriz Ângelo.
- Prado, E., Revers, M. & Marrocos, R. (2008). *Casos clínicos de psiquiatria*. Retirado em 14 de outubro de 2013, de [http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/revista/arquivos/Artigo\\_Original\\_4.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/medicos/publicacoes/revista/arquivos/Artigo_Original_4.pdf)
- Pregolato, M. (2006). Ludoterapia: A terapia da criança. *Criar – Revista de Educação Infantil* (9), pp. 1-3.

- Rebelo, J. A. S. (1993). *Dificuldades da Leitura e da Escrita em Alunos do Ensino Básico*. Rio Tinto: Edições ASA.
- Ribeiro, L. (2010). Abordagens de intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem Específicas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* (17).
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), pp. 49-58.
- Rodríguez, J., Carrillo, F. & Antón, D. (1996). Mutismo seletivo: Un modelo explicativo. *Psicologia Conductual* (4) , pp. 169-192.
- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (1991). *Avaliação em educação especial e correctiva*. Editora Manole.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J.P Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sami-Ali (2011). *La théorie relationnelle unitaire*. Centre International de Psychosomatique. Retirado em 15 de setembro de 2013, de [http://cips-psychosoma.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200%3AAla-theorie-relationnelle-unitaire-pr-sami-ali&catid=29%3Aarticlesciscatg&Itemid=58&lang=fr](http://cips-psychosoma.org/index.php?option=com_content&view=article&id=200%3AAla-theorie-relationnelle-unitaire-pr-sami-ali&catid=29%3Aarticlesciscatg&Itemid=58&lang=fr).
- Santos, F. (2005). Mutismo seletivo: um silêncio perturbante. *Médico de Família* (86).
- Schum, R. L. (2002). *Selective Mutism: An Integrated Treatment Approach*. The ASHA Leader. Retirado em 17 de outubro de 2013, de <http://www.asha.org/Publications/leader/2002/020924/020924ftr/>
- Serrano, A. (2007). *Rede Sociais de Apoio e a Sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Sharkey, L. & McNicholas, F. (2008) More than 100 years of silence, elective mutism, a review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry* (17), pp. 255-263.
- Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Silva, C. (2012). *O Mutismo Seletivo e a Ludoterapia/Atividade Lúdica*. Dissertação. Lisboa.
- Snowling, M. J. & Hulme, C. (2011). Annual Research Review: The nature and classification of reading disorders: a commentary on proposals for DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 1-15.
- Stein, M. (2001). Selective mutism. Challenging case: developmental delays and regressions. *Journal of developmental & behavioral pediatrics* (22), pp. 123-126.

- Steinhausen, H.C., Wachter, M, Laimböck, K. & Metzke, C.W. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (47), pp. 751-756.
- Teles, P. (2010). Dislexia e Disortografia – Da Linguagem Falada à Linguagem Escrita. *A Intervenção Psicológica em Problemas de Educação e de Desenvolvimento Humano*. Edições Universitárias Lusófonas: Lisboa.
- Thurman, K. S. (1997). Systems, ecologies, and the context of early intervention. In K.S. Thurman, J. R. Cornwell & S. R. Gottwald (Eds.). *Contexts of Early Intervention: Systems and Settings*. (pp. 3-17) Baltimore: Paul H. Brookes Pub. Co.
- Viana, A. G. & Beidel, D. C. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review* (29), pp. 57–67.
- Vieira, J. P. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas*, (11), pp. 64-68.
- Wolff, S. (1996). The first account of the syndrome Asperger described? *European Child and Adolescent Psychiatry* (5), pp. 119-132.
- World Health Organization (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.

## **ANEXOS**

**Para aceder aos anexos, contactar a autora do Relatório de Estágio**